



Évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale

Sophie Crampagne

► To cite this version:

Sophie Crampagne. Évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00871486

HAL Id: dumas-00871486

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00871486>

Submitted on 9 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**L'évaluation de la dangerosité
dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale**

Thèse soutenue pour l'obtention du doctorat en médecine

Diplôme d'Etat

Sophie CRAMPAGNE
Née le 24 septembre 1985

à Séoul (République de Corée)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de GRENOBLE*

Le 01 octobre 2013

Directeur de thèse : M le Dr Philippe VITTINI

Devant le jury composé de :

Président du jury : M le Pr Thierry BOUGEROL

Membres : Mme Le Pr Virginie SCOLAN
M Le Pr Luc BARRET
M Le Pr Mircea POLOSAN
M Le Dr Pierre LAMOTHE
M Le Dr Philippe VITTINI

La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol, je vous remercie pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider ma thèse, pour vos conseils tout au long de mon apprentissage et votre soutien dans mon parcours d'interne.
Soyez assuré de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Luc Barret, je vous remercie pour avoir accepté de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Je vous sais également gré de m'avoir proposé de continuer à travailler dans votre équipe pour la suite de mon parcours professionnel.
Soyez assuré de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Mircea Polosan, je vous remercie pour votre participation à ce jury de thèse, qui va clore mon parcours d'interne.
Parcours durant lequel j'ai pu apprécier votre enthousiasme toujours renouvelé pour nous soutenir dans notre apprentissage.
Soyez assuré de mon estime et de mon respect.

A Madame le Professeur Virginie Scolan, je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse et de m'avoir prodigué vos conseils éclairés.
Je vous suis également très reconnaissante pour la confiance que vous m'avez accordée en me proposant de travailler dans votre équipe.
Soyez assurée de ma plus grande estime et de mon respect le plus sincère.

A Monsieur le Dr Pierre Lamothe, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté avec tant de gentillesse de participer à mon jury de thèse.
Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez pu porter à ce travail et pour votre enseignement durant le DU de Psycho-criminologie durant lequel j'ai pu apprécier la grande qualité de vos interventions.
Soyez assuré de mon estime et respect.

A Monsieur le Dr Philippe Vittini, je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de me soutenir et m'aider de vos bons conseils tout au long de ce travail.
Je vous remercie également pour votre enseignement de la psychiatrie et de ses aspects légaux pendant mon internat, qui a éveillé mon intérêt pour cet aspect de notre discipline.
Soyez assuré de mon grand respect.

Je souhaite également remercier tous les médecins qui m'ont accompagnée et qui ont pris le temps durant tous ces stages de m'enseigner la psychiatrie et sa pratique.

A Mesdames les **docteurs Laurence Gourdon et Emmanuelle Pagès**, pour m'avoir guidée à mes tout débuts et m'avoir donné confiance en moi,

A Monsieur le Docteur Jérôme Holtzmann, pour m'avoir encadrée pendant mon stage à Dominique Villars,

A Mesdames les **Docteurs Christime Heyward, Diane Bourdery et Guillemette Vidal**,
Messieurs les **Docteurs Mustapha Bensaadi, et Nordine Boumaiza**, pour vos conseils et avis
durant ce stage à l'UCAP/APEX que j'ai eu le plus grand plaisir d'inaugurer,

A **Madame Giovanna Venturi** et **Monsieur le Docteur Jean Paul Chabannes**, pour votre aide
et votre amitié si précieuses, mon stage Esquirol reste un de mes meilleurs souvenirs,

A Mesdames le **Dr Annie Laurent, et Christelle Prost**, pour votre encadrement et présence
durant mes débuts en pédopsychiatrie. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler avec vous durant
mon stage à l'UPMI,

A Madame le **Docteur Anaïs Colin-Madan**, et avant tout amie et à **M le Docteur Régis Patouillard**,
pour votre accueil et votre si riche enseignement à Tony Laîné,

A Madame le **Dr Anne Romand**, Messieurs les **docteurs Mehdi Boudjema et Laurent Laborde**,
pour ce stage si passionnant que difficile d'accès qu'est le SMPR,

Je tiens également à remercier :

Messieurs les Dr Jean Claude Janson, Jérôme Lebaud pour leurs conseils toujours éclairés
durant mon stage en médecine légale, à notre future collaboration.

Mes collègues les **Docteur Maria Tavolzhanskaya et Sébastien Demengeon**, de leur gentillesse
et leur accueil au 3^{ème} B. Je suis ravie de pouvoir continuer à travailler à vos côtés.

Bien évidemment, je tiens également à remercier et à saluer toutes les équipes avec lesquelles j'ai
eu la chance de pouvoir travailler jusqu'ici.

A tous mes co-internes.

Je remercie également Damien Seynaeve, pour l'aide que qu'il a accepté de me donner si
gentiment pour mes « stats ».

A ma Maman, sans toi rien n'aurait été possible, et pour tout ton amour,

A Nicolas, pour ton soutien indéfectible,

A mon Père, pour ton aide et ta relecture

A ma famille,

A mes amis,

Boul's, je ne t'oublie pas. J'aurais tellement aimé pouvoir t'inviter ce jour-là.

Zohra, tu as toujours été là, dans les bons et les mauvais moments, merci pour ta patience et ton
amitié si précieuse, à tous nos fous rires et nos théories sur la vie et ses aléas, on le publiera un
jour ce « Book » !

Lora, pour toute ton amitié si importante pour moi, nos souvenirs, nos sorties à pied, à vélo, à skis,
à palme ... pour ton soutien et tes conseils,

Robin, à toutes ces heures passées devant une toile, pour ces sms déjantés qui peuvent sauver les
journées de boulot les plus moroses, pour ton amitié,

Juliette, pour m'avoir accueillie et guidée dans mes débuts d'internat, pour nos souvenirs de Turquie et pour ces apéros dans ton nouvel appart' à venir

Lisa, pour tous ces week -ends aux 4 coins de l'Europe qu'il nous reste à faire, pour ta bonne humeur, et ton esprit décalé et enthousiasmant,

Gentiane, Alexandre, Pierre, à notre « promo » merci pour votre amitié,

A tous les autres : Céline, Isabelle, Sandra, Leslie, Jérémie, Nicolas... et j'en oublie

Aux fidèles du Callagh's Day ...

Listes des sigles et acronymes

16 PF : 16 Personality Factors

CECA : Childhood Experience of Care and Abuse

CFTMEA : Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies

COVR : Classification of Violence Risk

CP : Code Pénal

CPP : Code de Procédure Pénale

CRIAVS : Centre de Ressource et d'Information pour les Auteurs de Violence Sexuelle

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPI : Eysenck Personality Inventory

ERASOR : Estimate of Risk Adolescent Sexual Offender Recidivism

FOTRES : Forensic Operationalized Therapy and Risk Evaluation System

GPP I : Inventaire de Personnalité de L.V. Gordon

HAS: Haute Autorité de Santé

HCR-20 : Historical Clinical Risk

ICT : Iterative Classification Tree

IMPC : Instrument de Mesure des Progrès Cliniques

LSI-R : Level of Service Inventory – Revised

MCMI : Millon Clinical Multi axial Inventory

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Mn SOST -R: Minnesota Sex Offender Tool Revised

NeoPI R : Neo Personality Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPJ : Officier de Police Judiciaire

PCL-R / PCL-SV : Psychopathy Check-List- Revised / PCL - Short Version

PCL YV : Psychopathy Check List Youth Version

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique pour Auteurs d'Agressions Sexuelles

RRASOR : Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism

SAPROF : Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk

SARA : Spousal Assault Risk Assessment

SAVRY : Structured Assessment of Violent Risk in Youth

SCID-II : Structural Clinical Interview for DSMIV

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SORAG: Sex Offender Risk Appraisal Guide

SONAR : Sex Offender Need Assessment Rating

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

START : Short-Term Assessment Risk and Treatability

SVR-20: Sexual Violence Risk

TAT : Thematic Apperception Test

UMD : Unité pour Malades Difficiles

V-RISK-10 : Violence Risk Screening 10

VIAOT : Vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs Thérapeutiques

VRAG : Violent Risk Appraising Guide

VRS-2 : Violence Risk Scale – version 2

VRS-SO : Violence Risk Scale – Sexual Offender

VSC : Violence Screening Checklist

SOMMAIRE

Partie 1 Eléments théorico-cliniques de l'expertise psychiatrique pénale	8
Introduction	9
A/ Historique	11
1/ De l'Antiquité au Code Pénal de 1810.....	11
2/ Après le Code Pénal de 1810	14
B/ A l'heure actuelle	18
1/ Articulation autour du Nouveau Code Pénal de 1994.....	18
1-a/ Loi du 17 juin 1998.....	21
1-b/ Poursuite de la démarche sécuritaire.....	22
1-c/ Evolution du droit positif français : Lois du 25 février 2008 et du 10 mars 2010	23
2/ Eléments de droit comparé.....	25
C/ Quelques définitions	26
1/ Expertise pré-sentencielle	26
2/ Expertise post-sentencielle.....	29
3/ Expertise des mineurs	32
4/ La notion de dangerosité	33
4-a/ Concepts généraux	33
4-b/ La dangerosité criminologique	35
4-c/ La dangerosité psychiatrique	36
5/ Définition de la violence	41
D/ L'évaluation de la dangerosité à l'heure actuelle.....	41
1/ Méthodes cliniques.....	42
1-a/ Entretien clinique	42
1-b / Outils de jugement clinique semi-structurés ou structurés	45
2/ Méthodes actuarielles.....	46
Conclusion.....	48
Partie 2 Article.....	49
Introduction	51
A/ Matériels et méthodes.....	53
1/ Type d'étude.....	53
2/ Echantillon	54
3/ Recueil des données	54
B/ Résultats	55
1/ Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	55
2/ Résultats généraux	56
3/ Résultats par question	56

4/ Résultats en fonction de la date de soutenance de thèse ou du début d'exercice en tant qu'expert.....	70
D/ Discussion	72
1/ Les limites de l'étude	72
2/ Evolution des pratiques françaises entre 2000 et 2013	73
3/ Arguments donnés pour expliquer l'absence d'utilisation d'outils standardisés	76
3.a/ Absence de pertinence des outils standardisés	76
3.b / Contraintes techniques inhérentes à l'utilisation des échelles	78
3.c/ Problème de traduction et de validité en France	79
Proposition	80
Conclusion.....	83
Références Bibliographiques	86
Annexe A.....	93
Annexe B.....	100
Annexe C.....	102
Annexe D.....	110
Annexe E.....	125
Annexe F	128

Partie 1 Eléments théorico-cliniques de l'expertise psychiatrique pénale

Introduction

« Toutes les sociétés se sont progressivement donné les moyens d'une triple mission face au malade mental et au délinquant : soigner le malade irresponsable, punir le délinquant mais aussi soigner et punir, pendant sa peine, le délinquant malade considéré comme responsable »¹.

J. L. Senon et C. Manzanera dans leur article intitulé « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale »², décrivent une situation française se caractérisant par : l'incidence de la désinstitutionnalisation psychiatrique, le faible nombre d'irresponsabilités pénales prononcées, l'évolution des attentes de la Justice vers trois niveaux d'analyse de l'expertise, l'accumulation de personnes souffrant de troubles psychotiques dans les établissements pénitentiaires, l'incidence de la politique sécuritaire de « *tolérance zéro* », la confusion entre soins et punitions et l'exigence de soins pour toutes les déviances.

Une étude récente menée par F. Rouillon et B. Falissard³ fait le constat de chiffres inquiétants concernant la présence de détenus présentant des troubles psychiatriques, qui concerneraient huit détenus sur dix. Selon la méthode d'analyse employée, les troubles anxieux représenteraient 60 % de la population pénale, l'incidence de la dépression se situerait entre 35 et 40 % et les personnes incarcérées souffrant d'une schizophrénie seraient entre 3,8 et 7,3% de la population pénale.

L'expertise psychiatrique pénale tient un rôle majeur dans le procès pénal, mais semble, au vu des chiffres précédemment cités, ne plus jouer le rôle de filtre qui lui a été attribué historiquement entre la prison et l'hôpital.

L'attente de la Justice, et à travers elle de la société, a sensiblement évolué ces dernières décennies et ce sur plusieurs plans. D'une part, le juge ne demande plus seulement à l'expert qu'il détermine la présence ou non d'une éventuelle pathologie psychiatrique et donc l'abolition ou l'altération du discernement qui pourrait en découler, mais attend également une analyse psychopathologique du passage à l'acte pour mieux le comprendre. Derrière cette recherche d'explication, se dresse une demande d'évaluation de la dangerosité et surtout une prévention de la récidive. Depuis les années 80, il existe un climat d'insécurité permanent aussi bien financière que sociale, avec en réponse, une politique de la tolérance « zéro » et de lois dites « sécuritaires » de la part des politiques pour y faire face. La réponse à toutes les formes confondues de la criminalité ne semble pouvoir venir que d'une augmentation du nombre et du quantum des peines.

L'étude de l'évolution de la clinique et notamment de la clinique médico-légale du XIX^{ème} siècle nous permet de mieux comprendre les enjeux du débat actuel, concernant la légitimité de l'expertise psychiatrique et les missions qu'elle est à même de pouvoir remplir. Débat qui fait rage

¹ Senon J.L., Manzanera C., Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale, *Ann. Méd. Psychol.*, 164 ; 2000 ; 818-827

² Senon J.L., Manzanera C, *Ibid* note précédente

³ Rouillon F, Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements français, *in* Audition publique 25 et 26 janvier 2007 *Expertise psychiatrique pénale*, Rapport de la commission d'audition, Fédération Française de Psychiatrie

bien au-delà du monde juridique et du monde psychiatrique et qui est largement diffusé par les médias.

Nous le verrons tout au long de ce travail, la notion de dangerosité infiltre tous les domaines : judiciaires, de la santé, de la société et semble cristalliser les débats concernant l'expertise psychiatrique pénale. A travers une lecture d'articles émanant d'auteurs issus des milieux de la Justice, de la Sociologie et de la Santé, nous espérons mieux circonscrire ce concept flou.

L'évaluation de cette dangerosité s'est retrouvée peu à peu au cœur des demandes de la Justice vis-à-vis des experts psychiatres. Historiquement, cette évaluation se faisait à travers l'étude de la clinique lors des entretiens libres avec le sujet expertisé. Mais face aux nouvelles exigences sont apparues dans les années 80 des méthodes statistiques, pour suppléer à une évaluation clinique jugée trop laxiste par certains. Nous ferons également un tour d'horizon de ces méthodes

A/ Historique

Le fait que certains individus puissent être dangereux est une idée ancienne qui existait bien avant la naissance de la criminologie et de la psychiatrie.

1/ De l'Antiquité au Code Pénal de 1810

Le « fou criminel » et le malade mental ont tour à tour été considérés comme des malheureux (Egypte, au III^{ème} millénaire avant J.C), puis comme des déments (II^{ème} siècle) et enfin comme des possédés envoyés au bûcher (jusqu'au XI^{ème} siècle)⁴. Jusqu'au XIX^{ème} siècle, les « fous » étaient exclus de la société, hors des murs de la Cité, ou soignés dans la discrétion des demeures pour les plus aisés d'entre eux, s'ils ne troublaient pas l'ordre public.

Dès l'époque romaine, on retrouve des traces d'interrogation sur les liens entre la loi et la folie. En droit romain, la notion de responsabilité est apparue sous la République d'Hadrien (76-138)⁵. Il s'agit de prendre en compte la volonté de l'auteur, lors de la prononciation de la peine. Le dol est défini comme une « *volonté mauvaise* », et implique un désir de nuire. L'incapacité dolosive rend le crime non imputable pour les fous et les impubères. Le malade mental ne peut être considéré comme responsable de ses actes, mais il doit néanmoins être pris, à son égard, des « *mesures de protection et sécurité, afin qu'à l'avenir il ne puisse causer quelque tort à lui-même, ni perpétrer quelques actes dommageables pour les tiers* ».

On retrouve cependant, dès le Moyen Age, en parallèle à cette « politique » d'exclusion, des témoignages de la volonté de soulager les « fous ». Ainsi les malades mentaux pouvaient recevoir des actes thérapeutiques et de soins, le plus souvent à domicile pour les plus aisés, ou dans certaines structures religieuses.

Le principe de l'irresponsabilité du dément resté implicite s'est tant bien que mal, maintenu jusqu'au début du XVII^{ème} siècle: les insensés ne devaient être ni poursuivis, ni condamnés car ils subissaient déjà le châtement divin⁶. Durant cette période de l'Histoire, le droit pénal est marqué par la pensée chrétienne qui rapproche dans une même conception : crime, faute et péché.

En août 1670, la dimension de protection du malade émerge à travers une ordonnance royale de Louis XIV⁷ qui se veut alors protectrice pour le malade et non plus infamante. Néanmoins, l'exclusion des malades mentaux du reste de la société reste le principe directeur de toutes les actions faites à leur égard. Dans cette optique, il est créé des hôpitaux généraux à l'occasion du « grand Renfermement ». Il s'agit de structures « *semi-juridiques destinées à protéger la société des indésirables et des oisifs dont les mendiants, les malades et les fous* ». Il existe alors un amalgame entre les « fous » et l'ensemble des criminels.

⁴ Causse F., De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable, Mémoire, Académie de Paris, Université René Descartes, 2006-2007

⁵ Senon J.L., Manzanera C., *Ibid* p 9

⁶ Lanteri Laura G., Perspective historique in Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Agression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

⁷ Lanteri-Laura G., De la pathologie mentale au siècle des Lumières in 2000 ans de psychiatrie, Paris; Publication Anx, 2000, 64

La circulaire Breteuil de 1784⁸ ordonne la rétention des insensés et en détermine la durée. La dangerosité est alors surtout un problème politique de gestion et de maintien de l'ordre public.

La première moitié du XIX^{ème} siècle est marquée par la révolution psychiatrique et le développement d'idéaux humanitaires. La reconnaissance de l'aliénation mentale comme une maladie va largement contribuer à l'humanisation de la folie. La psychiatrie s'est construite en partie autour de la question du « fou criminel » et de son rapport à la Loi.

Sur le plan des connaissances psychiatriques, règne à cette époque le paradigme de l'aliénation mentale. Dans une démarche systématique de description des symptômes et de tentatives de classification des troubles mentaux, les aliénistes décrivent différentes pathologies mentales, dont certaines peuvent mener à des troubles du comportement.

A cette époque, dans toute l'Europe, la question de la dangerosité et de la maladie mentale provoque un réel intérêt de la part des aliénistes, qui vont se pencher plus particulièrement sur différentes affaires criminelles qui ont frappé l'opinion publique, entre 1800 et 1835. Il s'agit, en France par exemple de l'affaire relatée par Metzger, d'un ancien officier qui a tué l'enfant de sa logeuse, de l'affaire Selestat relatant l'infanticide commis par une paysanne alsacienne, ou encore du cas d'Henriette Cornier qui tua l'enfant d'une voisine. A Vienne, Catherine Ziegli fut jugée pour l'assassinat de ses deux enfants, en Ecosse John Howins est inculpé pour le meurtre sans motif apparent d'une vieille femme et en Angleterre Abraham Prescott est condamné pour le meurtre de sa mère nourricière⁹.

Ces crimes ont attiré l'attention des psychiatres de l'époque pour différentes raisons.

Jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, le droit pénal ne reconnaissait la présence de la folie que dans les cas où le code civil et le droit canonique la relevaient aussi. Le Code civil de 1804 permet l'intervention de la justice s'il existe des troubles à l'ordre public, sinon la famille peut garder ses membres malades. La folie est reconnue soit sous la forme de démence ou de l'imbécilité, soit sous la forme de la fureur. Il s'agit d'un état définitif ou d'une explosion passagère de symptômes. La folie se manifeste par de nombreux signes assez facilement reconnaissables. Or dans le cas des crimes cités plus haut, ils ne sont ni précédés ni accompagnés des symptômes habituels de la folie. Ces affaires révèlent une aliénation qui n'aurait pour tout symptôme que le crime lui-même.

D'autre part, ces crimes interviennent au sein de la scène domestique et interrompent des rapports qui à l'époque, sont considérés comme les plus naturels et les plus sacrés. Ils prennent la proportion de crime contre nature. Enfin, ils semblent avoir été accomplis « sans raison », sans motif même fondé sur l'illusion aliénante.

A ce sujet les travaux d'Esquirol et de Pinel retiennent particulièrement notre attention.¹⁰

Pinel (1745-1826) parle de « *manie sans délire* » qui peut « *pousser l'aliéné du fait d'un penchant sanguinaire irrésistible à saisir un instrument tranchant et à sacrifier avec une sorte de fureur la première personne qui s'offre à sa vue* »¹¹.

⁸ Castan N., « Du grand renfermement à la Révolution » in J. G. Petit (Ed) Histoire des Galères, bagnes et prisons, Toulouse, Privat, 1991, p 45-77

⁹ Foucault M., L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale, *In Déviance et société* 1981, vol. 5, n°4 p 403-422 (1978)

¹⁰ Voyer M., La dangerosité psychiatrique et son contexte, in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Il insiste pour que les aliénés ayant commis des actes pénalement répréhensibles soient pris en charge par l'Asile et non condamnés, qu'ils puissent bénéficier de traitements moraux et physiques dans les asiles départementaux.

Esquirol (1772-1840) décrit lui le concept de « *monomanie homicide* »¹²: « *un délire partiel, caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre* », caractérisé par un « *désordre concentré sur un seul objet (...) hors de ce délire partiel (les malades) sentent, raisonnent et agissent comme tout le monde* ». Le patient par son état pathologique est un danger pour lui-même et ne doit pas être condamné car il « *n'a plus de liberté morale* ».

Michel Foucault souligne la volonté des aliénistes de démontrer le lien entre folie et crime¹³. Ils revendiquent la capacité de distinguer entre crime et folie, position qui sera parfois critiquée par certains juristes. Ils ont alors un double souci : déterminer s'il existe une contre-indication à une action judiciaire et l'éviction de la dilution de la clinique.

Jusqu'alors la détermination de l'absence ou non de folie était assurée par le « bon sens » du juge, son intime conviction. L'introduction de la psychiatrie au tribunal permet de « diagnostiquer » la « folie » éventuelle d'un criminel pour le déresponsabiliser de son acte. L'expertise psychiatrique devient nécessaire pour l'application de la justice¹⁴.

Peu à peu, le droit pénal classique s'articule en un Code Pénal, promulgué en 1810. Ce code établit le concept du libre arbitre qui est le présupposé de toute incrimination. La responsabilité se veut, alors, objective et calculée d'après la nature de l'infraction et non de la personnalité de l'auteur¹⁵. Par ce code pénal, il se produit une laïcisation des infractions qui ne sont plus considérées comme un crime contre Dieu. En parallèle, la folie est assimilée à une maladie mentale aliénante de l'esprit, faisant perdre au patient sa capacité de discernement et sa liberté de décision. C'est le temps des débats autour de la responsabilité pénale des malades mentaux.

La responsabilité est le pré-requis de toute action pénale car on ne juge que les hommes doués de volonté libre. Gabriel Tarde, dans la Philosophie pénale, parue en 1890¹⁶, insiste sur le fait que la « *responsabilité a comme fondement la liberté de vouloir* ». Responsabilité, liberté, volonté et libre arbitre ont toujours été associés dans la détermination de la capacité du sujet à répondre de ses actes face à la loi. L'article 64 du Code pénal de 1810 en est le fruit : « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister.* »

Le malade mental, privé de sa raison, n'est plus un être libre et devient irresponsable au plan pénal. On se situe alors dans une dichotomie assez stricte : folie et asile ou crime et prison. La justice fonctionne en tout ou rien pour ce qui est de la détermination de la responsabilité¹⁷.

¹¹ Pinel, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Richard, Caille et Meiner, Paris, 1801,

¹² Esquirol E., Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Tome II, J. B. Baillière, Paris, 1838

¹³ Foucault M., Le pouvoir psychiatrique, Ed. Seuil, Coll Hautes Etudes, Paris, 2003

¹⁴ Zagury D., Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique, in, Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Agression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

¹⁵ Causse F, *Ibid* p 11

¹⁶ Senon J. L., Manzanera C., *Ibid* p 9

¹⁷ Causse F, *Ibid* p 11

On va alors, glisser de la contre-indication à l'action judiciaire à l'indication d'un traitement pénal¹⁸. On s'éloigne donc du crime, fruit de l'ignorance et des passions, pour basculer dans une volonté rationnelle libre qui fonde la responsabilité, qui permet ou non la procédure, et légitime la punition.

Dans la psychiatrie et la justice se met en place le concept de l'homme dangereux qui deviendra la cible principale de l'intervention punitive. La punition porte plutôt sur le criminel lui-même que sur le crime : ses motifs, ses mobiles, sa volonté profonde, ses tendances, ses instincts. Désormais les modalités de la punition doivent être adaptées à la nature du criminel. Les experts doivent non seulement apprécier la raison du sujet mais aussi la rationalité de l'acte.

2/ Après le Code Pénal de 1810

Cette tentative de distinction des malades mentaux parmi les criminels va conduire à la recherche d'un équilibre entre santé et justice et va articuler l'article 64 du Code Pénal et la loi de 1838. La psychiatrie trouve sa place en tant que spécialité médicale. Ce statut lui permet de fonctionner comme une forme d'hygiène publique et non plus seulement comme une « *rationalité dans le désordre psychique* ». Le « *corps social* » devient un domaine d'intervention médicale de la psychiatrie. Néanmoins la psychiatrie continue à se placer en dehors des domaines criminologiques. La dangerosité sociale de l'aliéné n'est pas prioritaire aux yeux des aliénistes par rapport à la nécessité de soins¹⁹.

La « loi sur les aliénés » du 30 juin 1838²⁰ renforce considérablement le pouvoir des aliénistes qui interviennent désormais dans le maintien de l'ordre public, au détriment des juges et des tribunaux. Cette loi a trois buts : l'isolement des aliénés, l'organisation des établissements et la détermination des moyens financiers de cet internement. Elle rationalise un réseau d'établissements spécialisés. Elle institue deux grandes modalités d'internement : le placement volontaire et le placement d'office²¹.

Malgré ces différentes dispositions, les malades mentaux continuent d'affluer dans les prisons comme le constatent différents aliénistes. Baillarger²² étudie en 1844 les effets de l'incarcération chez certains détenus et relève le nombre importants de malades mentaux dans les prisons. Brierre de Boismont (1797-1881)²³ propose la création de maisons spécialisées pour fous criminels au sein des asiles ordinaires. Ce projet va s'incarner, entre autres, dans l'ouverture en 1910 de la 3^{ème}

¹⁸ Lanteri Laura Ibid p 11

¹⁹ Rossinelli G., (sous la présidence de), Audition publique *Expertise psychiatrique pénale* des 25 et 26 janvier 2007, Rapport de la commission d'audition, Fédération Française de Psychiatrie

²⁰ Reneville M, Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangerosité en psychiatrie? Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

²¹ Goedert-Fricot C., Notion de dangerosité et expertise psychiatrique pénale, 2010, thèse

²² Senon J.L., Manzanera C., Organisation et articulation des soins, dans le champ médico-légal entre psychiatrie publique et justice, in Senon J.L, Lopez G., Cario R., (sous la direction de), *Psychocriminologie*, Ed Dunod, 2^{ème} édition,

²³ Brierre de Boismont A., De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels, *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1846 ; 1(35) : 396-412

section de l'hôpital Villejuif (qui deviendra la future UMD²⁴ H. Colin) dont la capacité va rapidement être dépassée.

Peu à peu, dans la réflexion des aliénistes, la théorie de la dégénérescence va supplanter la théorie de la « monomanie ». Cette théorie est soutenue notamment par Morel (1809-1878)²⁵. Il décrit dans son *Traité des Dégénérescences*, une dégénérescence morale qui va entraîner « *le développement de tendances mauvaises, qui font de ces individus des êtres pervers et dégradés au moral comme au physique, et qui les poussent à des actes nuisibles et dangereux* ». De cette nouvelle théorie, qui décrit des stigmates physiques de la dégénérescence, à l'instar de Nicolas Magnan et de son *Odyssée du Pervers*²⁶, il ressort le sentiment de la nécessité de l'enfermement des malades mentaux dangereux. Elle trouve son pendant dans la criminologie, comme nous allons le voir un peu plus loin, au travers des théories de Cesare Lombroso²⁷ (1835-1909) et de la personnalité criminelle.

En parallèle au développement de la psychiatrie et à son apparition dans le champ judiciaire, la « criminologie » va émerger en 1885²⁸. Cette discipline est créée pour faire la différence avec l'anthropologie criminelle. La criminologie s'est construite autour de deux manières d'envisager le crime : soit comme une étude du crime, du criminel et de la criminalité d'une part, soit comme une étude du contrôle pénal sous ses différentes formes d'autre part.

C. Lombroso fait partie des criminologues qui ont posé les premières bases de cette nouvelle discipline. Selon ses théories le criminel n'est plus vu comme quelqu'un qui a commis un acte appelé crime, mais comme quelqu'un qui possède des caractéristiques spécifiques qui le différencient de l'homme dit « normal ». « *Cet homme doit être puni et mis à l'écart du groupe social ou traité [...] pour le(s) soumettre à une sanction « scientifiquement » pertinente, et efficace* ». Ses premiers travaux portent sur la théorie du criminel né et cette idée que les criminels sont en réalité des individus restés en arrière dans l'évolution, qui ne sont pas allés jusqu'au terme qui mène à l'homme. Dans cette perspective, les criminels tendent à devenir une véritable race à part, avec des stigmates de structure précis, biologiques ou psychologiques, qui en constitueraient la marque instinctive et indélébile²⁹.

Etroitement liée à la notion de prévention, se dégage la notion de danger, d'état dangereux et de dangerosité. La dangerosité est un concept courant en psychiatrie au XIX^e siècle, mais nouveau pour la criminologie où il va s'imposer, apporté par Raffaele Garofalo (1851-1934), élève de C. Lombroso, avec le positivisme italien sous le nom de « *témibilité* »³⁰. Le mouvement des

²⁴ UMD Unité pour Malades Difficiles

²⁵ Morel B.A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, J. B. Baillière, Paris, 1857

²⁶ Lanteri Laura, *Perspective historique*, *Ibid* p 11

²⁷ Lievens P., *L'apport de la psychiatrie à l'utilisation du concept de personnalité dangereuse*, in Debuyst C. (sous la direction de) « *Dangerosité et justice pénale : ambiguïté d'une pratique* », C Coll Déviance et sociétés, Médecine et Hygiène, Masson, Genève, 1981

²⁸ Reneville M, *Ibid*. p 15

²⁹ Kaluszynski M., *Le retour de l'homme dangereux, Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages*, *Champ pénal*, Vol V, 2008

³⁰ Roure L, Duizabo P., *Les comportements violents et dangereux. Aspects criminologiques et psychiatriques*, Ed Masson, Mai 2003

positivistes s'opposent aux jusnaturalistes menés par Cesare Beccaria³¹ (1738- 1794). Les positivistes estiment que l'infacteur doit être puni en raison du dommage social provoqué, et ont tendance à rejeter les causes d'exonération admises par les jusnaturalistes (irresponsabilité des malades mentaux par exemple). Selon cette théorie, l'infacteur agit en fonction de la rencontre de facteurs individuels et relationnels sous la coupe de la détermination et non celle du libre arbitre ; les positivistes se désintéressent alors de l'intentionnalité.

Les jusnaturalistes, eux, soutiennent la punition de l'infacteur comme sanction du viol délibéré du contrat social. Ils insistent sur l'idée de rationalité de l'individu, sa capacité de compréhension de sa faute une fois puni et une possibilité de resocialisation et de réintégration du pacte social.

Il va y avoir un élargissement progressif de l'objet d'étude : la personnalité, le milieu puis la situation vont être considérés tour à tour comme dangereux. On ne va plus s'attaquer à l'individu lui-même, avec pour finalité de le traiter ou le punir, mais on va chercher à avoir une maîtrise des facteurs susceptibles de l'influencer. Il suffira de manifester des caractères repérés comme criminogènes pour devenir un individu suspect.

L'école française autour d'Alexandre Lacassagne³² s'est affirmée en ne niant pas la réalité biologique du phénomène criminel, mais en refusant la prédominance ou l'exclusivité, et en introduisant la perspective « sociale ». Elle n'admet pas « *ce fatalisme ou cette tare originelle et croit que c'est la société qui fait et prépare les criminels* ». L'homme criminel devient un être social marqué par son histoire personnelle. « *A. Lacassagne a dirigé un mouvement qui s'est développé en parallèle avec celui de C. Lombroso et qui a transformé idéologiquement les questions du rapport du crime à la société et des facteurs de criminalité. Comprendre, détecter, prévenir, réduire la criminalité, agir sur les réactions d'insécurité, passer en revue les facteurs qui sont à l'origine de la criminalité et de son essor semblent être parmi les principaux objectifs à atteindre que se donnent les criminologues français.* »³³

L'anthropologie criminelle et l'Association internationale du droit pénal vont opposer leur différence de point de vue, autour de 1890. L'anthropologie criminelle évacue la question de la responsabilité : le délinquant représente un certain niveau de danger pour la société, qui doit s'en protéger avant tout. La « peine » doit être un mécanisme de défense social et non une punition. Cette notion va peu à peu disparaître, en France, au profit de la psychosociologie de la délinquance.

En Belgique, au début du XXème, le souci de protection de l'ordre social va mener les pouvoirs politiques à promulguer une loi de défense sociale qui admet le principe d'enfermement de durée indéterminée pour le délinquant malade mental.

Désormais il faut s'occuper du devenir de ces patients reconnus comme dangereux mais dont la responsabilité pénale est levée et qui relèvent des soins de l'Asile. Certains aliénistes vont essayer de s'inspirer des modèles anglo-saxons en créant des ailes spécifiques au sein de l'Asile. Ces

³¹ Bernard G., Approche historique et philosophique de la dangerosité, in Senon J.L., Lopez G., Cario R., (sous la direction de) *Psychocriminologie*, Ed Dunod, 2^{ème} édition, 2012

³² Kaluszynski M, *Ibid* p 9

³³ Kaluszynski M, *Ibid* p 9

quartiers spécifiques pour les aliénés criminels ont été créés dans certains établissements comme celui de St Robert (actuel Centre Hospitalier Alpes Isère de St Egrève) en 1876, ou celui de Bicêtre en 1890³⁴.

M. Foucault³⁵, se basant sur une analyse de F Tulkens³⁶, émet l'hypothèse que la pensée pénale dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle aurait été plus influencée par le droit civil allemand que par l'école positiviste italienne. S'inspirant du concept de « responsabilité sans faute », dans le droit pénal, « *en éliminant l'élément de la faute dans le système de la responsabilité, les civilistes introduisaient dans le droit la notion de probabilité causale et de risque et ils faisaient apparaître l'idée d'une sanction causale qui aurait une fonction de défendre, de protéger, de faire pression sur d'inévitables risques.* »

La psychiatrie est impliquée dans l'analyse causale de toutes les conduites délinquantes, et n'est plus réservée à l'étude des grands crimes. D'un autre côté, la Justice fait l'expérience de l'échec renouvelé de l'appareil pénitentiaire, qui remet en cause la note thérapeutique de l'incarcération, contrairement aux idées philanthropiques qui avaient présidé à la création du système carcéral. La prison est désormais plutôt assimilée à une école de la délinquance.

Au cours du XX^{ème} siècle, la clinique de la psychiatre continue à subir de nombreux changements dans toute l'Europe.

En 1854, en France, suite aux travaux de J.P. Falret³⁷, démontrant la « *non existence de la monomanie* », la dichotomie établie par Pinel entre aliéné/irresponsabilité et criminel/responsabilité disparaît au profit du concept de pluralité irréductible des maladies mentales. Falret met en évidence la notion de cyclicité de certains troubles et définit des pathologies cycliques laissant des intervalles sans manifestation pathologique évidente.

La psychiatrie différencie, désormais, dans sa nosographie les « fous » et les « demi-fous » ce qui va induire, dans le droit pénal, la reconnaissance de l'existence d'une atténuation de la responsabilité totale ou partielle.

Le 20 décembre 1905, le garde des Sceaux Joseph Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire dite « circulaire Chaumié »³⁸. Cette circulaire pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leur acte mais qui présenteraient un trouble mental. Elle demande à l'expert psychiatre de « *dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiatriques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité* ».

On est alors dans la graduation de la volonté se traduisant dans la graduation de la folie.

³⁴ Voyer M. *Ibid* p 12

³⁵ Foucault M., *Ibid* p 13

³⁶ Tulkens F (textes recueillis par) Introduction in *Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914)*, Bruxelles, E. Story Sciencia ; 1988

³⁷ Manzanera C, Senon J.L., « L'expertise psychiatrique pénale » in Senon J.L., Lopez G., Cario R. (sous la direction de) *Psychocriminologie*, Ed. Dunod, 2^{ème} édition, 2012

³⁸ Michel J. P., Rapport au Sénat n°216, sur la proposition de loi de MM. J-R Lecerf, G Barbier et Mme C Demontès relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits, janvier 2011

Cette circulaire définit une nouvelle catégorie d'infracteurs: « *les criminels anormaux mentaux non irresponsables* » et doit permettre d'atténuer la peine pour ces malades mentaux responsables de crimes. Le procureur Loubat³⁹ va dénoncer l'exagération de son utilisation en 1913. A cette époque, on observe une diminution de la population pénale et une augmentation de la population asilaire. Au cours du XXème siècle, les aliénistes et experts vont cantonner l'irresponsabilité à quelques diagnostics: épilepsie, délire systématisé paranoïaque et schizophrénie.

En Allemagne, Kraepelin (1855-1926) abandonne la théorie de la dégénérescence pour celle de la psychose endogène, dont la démence précoce (qui deviendra la schizophrénie) est au cœur de sa théorie. Il distingue les maladies incurables et curables et constate que la délinquance est souvent rattachée aux maladies dites incurables. La démence précoce comme la psychose maniaco-dépressive sont considérées par Kraepelin comme « endogènes », relevant d'une pathologie de l'organisation interne de l'individu et sont donc incurables, la démence précoce évoluant inéluctablement vers une altération cognitive majeure⁴⁰. Il faudra attendre Bleuler (1857-1939) pour parler de schizophrénie et non plus de démence précoce.

Le développement du concept de la psychanalyse par Freud (Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905) va permettre une approche différente de la maladie et du crime⁴¹. La psychanalyse va permettre d'une part un essor majeur de la criminologie en proposant une meilleure compréhension des conflits internes pouvant influencer l'état émotionnel ou le comportement de chacun. D'autre part, elle va permettre de se détacher de la part héréditaire de la transmission des pathologies et va ménager une place aux pathologies ou traits de pathologie acquis.

Les psychiatres constatent, en parallèle, l'échec du traitement moral en milieu fermé, et réfléchissent à d'autres formes de soins comme les hospitalisations en milieu semi-ouvert, les colonies, le placement familial. C'est dans ce contexte qu'un « service ouvert pour petits mentaux » est alors créé par Edouard Toulouse, en 1922, à Sainte Anne⁴².

B/ A l'heure actuelle

1/ Articulation autour du Nouveau Code Pénal de 1994

La commercialisation des premiers neuroleptiques se fait en 1952. Il s'agit d'une nouvelle classe médicamenteuse, efficace entre autres sur les troubles du comportement des pathologies psychotiques et thymiques. Une nouvelle standardisation des pathologies mentales va voir le jour, émergeant sous la forme de la CIM⁴³ pour l'OMS⁴⁴ et du DSM⁴⁵ pour la psychiatrie nord-américaine. Cette classe médicamenteuse va permettre, parmi d'autres avancées, de penser la resocialisation des malades mentaux. Les asiles s'ouvrent pour devenir des hôpitaux psychiatriques. Les courants de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie

³⁹ Reneville M., *Ibid* p 15

⁴⁰ Voyer M., *Ibid* p 12

⁴¹ Lanteri Laura G., *Ibid* p 11

⁴² Reneville M., *Ibid* p 15

⁴³ CIM Classification Internationale des Maladies

⁴⁴ OMS Organisation mondiale de la Santé

⁴⁵ DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

entraînent la fermeture de lits d'hospitalisation à temps complet et va permettre la prise en charge en ambulatoire des patients.

En France, la « défense sociale nouvelle » fut menée, par Marc Ancel (1902-1990)⁴⁶ qui donne la primauté à la volonté de l'infacteur. La dangerosité judiciaire justifie la sanction mais uniquement dans le cas où la personne peut être déclarée responsable. Le but visé est la resocialisation de l'individu passant par l'adaptation la plus adéquate possible de la punition. Le concept de l'irresponsabilité civile du malade demeure la règle jusqu'en janvier 1968 où l'article 489-2 du code civil dispose que « *celui qui a causé dommage à autrui alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation* ».

Le modèle intégratif français, impliquant un décloisonnement des secteurs propres à la Justice et la Santé, s'incarne en 1994, dans la Réforme des soins aux détenus⁴⁷, basée sur une politique à vocation préventive alliant solidarité et réinsertion par opposition aux attitudes de neutralisation ou d'exclusion. Mais ce modèle se heurte à plusieurs limites : difficultés de communication entre les différentes disciplines, manque de moyens sur le terrain, pénurie d'experts.

Les juristes rénovent la loi d'internement, qui va s'articuler avec l'article 122 du Nouveau Code Pénal en 1994, formant une spécificité française parmi les autres législations européennes.

L'irresponsabilité pour trouble mental s'applique aux trois types d'infraction: crimes, délits et contraventions.

L'article 122-1 du CP⁴⁸ alinéa 1 détermine l'abolition du discernement « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ».

L'article 122-1 du CP alinéa 2 détermine, lui, l'altération du discernement « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine ou en fixe le régime.* »

Cette formulation a remplacé l'ancien article 64 du CP et substitue au terme de « *démence* » celui de « *trouble psychique ou neuropsychique* »⁴⁹.

Le juge doit alors tenir compte de cette altération au moment où il prononce la peine et en détermine les modalités (nature et durée de la peine, régime...). L'esprit de cette loi dans la lignée de la circulaire Chaumié prévoyait une décision prise plutôt en faveur de l'infacteur, menant de principe à une diminution de la peine. Or à l'usage il est désormais reconnu que la prononciation d'une irresponsabilité partielle entraîne plutôt une sur-pénalisation par crainte de la maladie mentale et de la récidive dont les mécanismes « plus fous » et moins compréhensibles (et prévisibles), semblent plus « dangereux »⁵⁰.

Une hospitalisation en SDRE peut être prononcée si l'expertise psychiatrique rapporte des troubles mentaux nécessitant des soins en milieu hospitalier et compromettant la sûreté des personnes, en vertu de l'article 706-135 du CPP : « *si la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement*

⁴⁶ Danet J., La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante, *Champ Pénal*, Vol V, 2008

⁴⁷ Senon J.L., Manzanera C. *Ibid* p 14

⁴⁸ CP Code Pénal

⁴⁹ Michel J.P., *Ibid* p 17

⁵⁰ Blanc A., Les attentes du juge d'instruction et du président de la cour d'assises, *Ann. Méd. Psychol.* 164 (2006) 842-846

prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 [...]s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. »⁵¹

La question de la dangerosité n'intéresse plus vraiment les psychiatres jusque dans les années 1980/90 lorsque va s'opérer une modification des attentes sociales des sociétés industrialisées⁵². Les crises sociales et financières des années 1980 ont engendré un sentiment de peur et une volonté de la population d'être protégée contre le « risque ». Cette question se pose dans un contexte de sentiment d'insécurité permanent, avec une préoccupation grandissante, se manifestant à travers le développement de la notion de la dangerosité dans la plupart des droits pénaux européens. Le modèle social se modifie aussi et ne se concentre plus sur la personne en difficulté mais sur la victime.

La demande des tribunaux envers le mis en examen a évolué, selon Michel Foucault⁵³, ce qu'il résume dans son article « L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale ». Désormais le mis en examen (désigné sous le terme d'inculpé dans le texte de M. Foucault) doit symboliquement en quelque sorte répondre à la question « Qui êtes-vous ? » au décours du procès. Les juges et jurés demandent implicitement une confession, un examen de conscience, une explication de soi, une mise en lumière de ce qu'est le criminel. Ils réclament un discours de la part du mis en examen. Ces attentes sont aussi en lien avec une modification radicale de la place de l'Homme au sein de l'univers avec une perte de la transcendance qui le laisse seul face à la question du hasard⁵⁴. Ainsi, l'acceptation des faits divers inattendus devient plus difficile et il y a une demande de justification devant tout acte non prévisible et non admis.

Le développement des politiques de « *tolérance zéro* », aux États-Unis, va entraîner la nécessité, pour les psychiatres, de rediscuter la question de la dangerosité des malades mentaux et de développer des instruments pour évaluer le risque de commettre un acte violent. En effet, ils sont montrés du doigt pour leur laxisme dans la prise en charge des patients et pour leur incapacité à protéger la société. Les attentes vis-à-vis de la psychiatre ont changé: la société confrontée à « *l'intolérance de la violence* » demande au psychiatre de se porter garant de la dangerosité du malade mental criminel. La folie, au XXIème siècle, devient la trace de l'acte criminel commis par le sujet désigné comme tel et la dangerosité devient l'objet d'étude et le domaine de compétence assignés aux psychiatres légistes autant par la Justice que par le politique et la société.

Dans de nombreux pays Européens s'est développé un modèle ségrégatif entre Justice et Santé qui confie à la Psychiatrie un rôle de Défense sociale. Ces pays mettent l'accent sur le développement

⁵¹ Article 706-135 modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, art. 10

⁵² Puig-Verges N., Schweitzer M.G., Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilité et certitudes, vers de nouvelles logiques. *Ann. Méd. Psychol.*, 164, 2006, 818-827

⁵³ Foucault M., *Ibid* p 13

⁵⁴ Causse F., *Ibid* p 11

de mesures de sûreté et d'établissements « pénitenciaro-psychiatriques » visant à protéger la société des malades comme des criminels « dangereux », cette notion de « dangerosité » s'y étant substituée à celle de responsabilité.

Paradoxalement, la « libération » des patients psychiatriques fait renaître une certaine inquiétude dans la société en raison parfois des échecs des moyens médico-psycho-sociaux. En France, la réponse de l'Etat s'accorde à celle par exemple des Etats-Unis, sous la forme d'une « *tolérance zéro* », avec mise en œuvre d'une politique pénale sécuritaire. Cette volonté se traduit plus fortement ces dernières années avec un empilement de lois qualifiées de « sécuritaire » et de rapports ministériels.

1-a/ Loi du 17 juin 1998

La loi du 17 juin 1998, (Loi 98-468) est relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs. Elle a entériné l'impact du soin sur la décision judiciaire en créant le suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins.

Cette loi participe au fondement de la prise en charge thérapeutique dans le cadre du dispositif de soins pénalement ordonnés. Elle permet l'articulation entre magistrats et médecins, par la création du médecin coordonnateur qui fait le lien entre équipe du SPIP⁵⁵ et équipe de soins du secteur psychiatrique. Les médecins coordonnateurs, mis en place dans chaque département, assurent une évaluation longitudinale de l'investissement de l'agresseur dans un cadre de soins. Cette coordination peut être soutenue par les différentes plateformes développées par les CRIAVS⁵⁶.

⁵⁵ SPIP Service de Pénitenciaire d'Insertion et de Probation

⁵⁶ CRIAVS : Centres de Ressource et d'Information pour les Auteurs de Violence Sexuelle

Comparatif entre injonction de soins et obligation de soins :

Nature de la mesure	Cadre légal et textes de référence	Modalités
Obligation de soins	<p>Non spécifique à la délinquance sexuelle</p> <p>Avant déclaration de culpabilité : art.138-10 du CPP</p> <p>Après déclaration de culpabilité : art.132-45 du CP</p>	<p>Peut être ajoutée ou supprimée à tout moment de la mise en œuvre de la mesure</p> <p>Pas d'expertise préalable nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer</p> <p>Aucune organisation des liens entre les acteurs de la justice et du soin</p>
Injonction de soins	<p>Spécifique à certaines infractions dont la délinquance sexuelle</p> <p>Obligation particulière de la peine de suivi socio-judiciaire : art.131-36-4 du CP</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes : suivi socio-judiciaire, surveillance judiciaire, libération conditionnelle, sursis avec mise à l'épreuve, surveillance de sûreté, rétention de sûreté.</p>	<p>Peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines</p> <p>Expertise médicale préalable nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer</p> <p>Organisation des liens entre les acteurs de la justice et du soin</p>

1-b/ Poursuite de la démarche sécuritaire

Dans la continuité de la loi de 1998, viennent s'ajouter différentes mesures de lutte contre la récidive.

En 2005, en prolongation de la Loi Perben II du 9 mars 2004, le législateur introduit un dispositif de surveillance judiciaire⁵⁷ destiné à prévenir la récidive de ceux qui ont été condamnés à une peine de sept ans pour un crime ou un délit faisant encourir un suivi socio-judiciaire même quand le crime ou le délit a été commis avant l'entrée en vigueur du suivi socio-judiciaire. Cette loi élargit également la définition juridique de la récidive.

⁵⁷ Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005

Pour « compléter l'arsenal juridique destiné à lutter contre la dangerosité et la récidive », vont être promulguées la loi du 5 mars 2007, qui étend l'obligation de soins aux violences au sein du couple, et la loi du 10 août 2007⁵⁸, qui instaure les « peines planchers » pour les cas de récidive.

1-c/ Evolution du droit positif français : Lois du 25 février 2008 et du 10 mars 2010

La loi n°2008-174 votée le 25 février 2008 relative à la *rétenion de sûreté* et à la *déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* est issue d'un processus global de lutte contre la récidive. Elle s'inscrit dans un contexte particulier, marqué par des affaires très médiatisées. Elle est le résultat d'une série de rapports qui ont essayé, de définir la dangerosité et le récidive, et les moyens pour y remédier. Il s'agit des rapports de Jean-Francois Burgelin⁵⁹ intitulé « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive », en juillet 2005, de Gougeon et Gautier⁶⁰ intitulé « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » en juin 2006, celui de Garraud⁶¹ intitulé « Réponses à la dangerosité, rapport sur la mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux », en novembre 2006, et enfin en mai 2008, du rapport Lamanda⁶² « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux ». Cette loi a profondément modifié le droit positif français⁶³. Jusqu'alors la personne déclarée irresponsable en raison d'un trouble mental faisait l'objet, en fonction de l'étape de la procédure, d'un classement sans suite par le procureur de la République, d'une ordonnance de non-lieu par le juge d'instruction, d'un jugement de relaxe prononcé par le tribunal de Police ou le tribunal correctionnel, d'un arrêt d'acquiescement par la Cour d'Assises⁶⁴. La loi du 25 février 2008 a inséré un nouveau titre intitulé « *de la procédure et des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* » et a entièrement revu la procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale.

Désormais le juge peut prononcer, en cas d'irresponsabilité prononcée en application de l'alinéa 1^{er} de l'article 122-1, une ordonnance « d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » en remplacement de l'ordonnance de « non-lieu ». Le juge d'instruction peut alors se dessaisir du dossier et le transmettre à la chambre d'instruction.

Suite à une audience publique en présence, si son état psychique le permet, de l'infracteur, la Chambre d'instruction peut prononcer une ou plusieurs « mesures de sûreté » parmi lesquelles figurent notamment l'interdiction de rentrer en relation avec la victime, de fréquenter certains lieux, de détenir ou de porter une arme, d'exercer une activité professionnelle ou bénévole.

⁵⁸ Loi n°2007-1198 du 10 août 2007

⁵⁹ Burgelin J.F., (présidée par), Rapport de la commission Santé-Justice, *Santé, Justice et Dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*. Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

⁶⁰ Goujon P., Gautier C., *Rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*. Collection rapport d'information du Sénat, N° 420-2006

⁶¹ Garraud, J.P. député de la Gironde, (confiée à) Rapport de la mission parlementaire sur la *Dangerosité et la prise en charge des individus dangereux*, octobre 2009

⁶² Lamanda V., Rapport Parlementaire *Amoindrir le risque de récidive*, 30 mai 2008

⁶³ Danet J., Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la «dangerosité des malades mentaux» ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

⁶⁴ Michel J. P., *Ibid* p 17

Cet aspect de la loi relance le débat concernant la présence du malade mental au cours du procès. Désormais la loi autorise la comparution des fous criminels devant une juridiction évaluant l'imputabilité matérielle des faits en dépit de leur irresponsabilité pénale et de leur éventuelle hospitalisation en SDRE (article 706-135 modifié par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011) ou de leur placement en rétention de sûreté.

D'un autre côté, l'auteur d'un crime, jugé pénalement responsable de ses actes, peut faire l'objet d'une peine de prison. Au terme de l'exécution de cette peine, il peut également faire l'objet de différentes mesures allant jusqu'à la « rétention de sûreté »⁶⁵. Cette mesure permet de retenir, à titre exceptionnel, dans un centre socio-médico-judiciaire, qui est un centre fermé, les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour certains crimes et qui présentent à l'issue de leur peine, une « *particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive en raison d'un trouble grave de leur personnalité* ». Ces centres proposent une prise en charge médicale, sociale et psychologique. La loi est appliquée par une juridiction régionale de la rétention de sûreté, composée de trois magistrats, sur proposition d'une commission pluridisciplinaire, composée notamment de deux experts psychiatriques. Le condamné doit être assisté par un avocat choisi ou commis d'office lors d'un débat contradictoire. En cas de placement en rétention de sûreté, la décision pourra être contestée devant une commission nationale composée de trois conseillers à la Cour de cassation.

La gestion nouvelle du risque de récidive s'appuie sur l'ensemble du dispositif que nous venons succinctement de décrire. Ce dispositif comporte deux volets : un comprenant la notion de suivi socio-judiciaire et celle de surveillance judiciaire et l'autre qui comprend la rétention de sûreté et la surveillance de sûreté.

La loi du 10 mars 2010, va permettre la création d'un répertoire de données à caractère personnel comprenant l'ensemble des expertises précédentes. Pourront y avoir accès les magistrats, mais également les personnels de l'administration pénitentiaire chargés d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité. Cette loi a également étendu le domaine concerné par les mesures de sûreté, et durcit les aménagements de peine⁶⁶.

La multiplication des textes législatifs concernant la pratique expertale a augmenté de façon manifeste les conditions dans lesquelles une expertise peut ou doit être requise. Le psychiatre doit intervenir de plus en plus souvent dans la décision de libération des détenus.

⁶⁵ Article 706-136 du CPP

⁶⁶ Poncella P., Promenade de psychiatrie pénale sur les chemins hasardeux de la dangerosité in Mbanzoulou P., Bazex H., Razac O., Alvarez J., Ed Les Nouvelles figures de la dangerosité. Paris, l'Harmattan « Sciences criminelles », 2008 p 91-92

2/ Eléments de droit comparé

On remarque que toutes les législations européennes donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux⁶⁷.

Quelques exemples au sein des pays de l'Union européenne :

Selon le CP suédois, il est impossible de condamner un délinquant malade mental à une peine de prison, la juridiction pouvant acquitter le coupable si elle estime qu'aucune autre peine ne peut être appliquée.

En Allemagne, les personnes dont la capacité de discernement est considérée comme amoindrie en raison de troubles mentaux ne bénéficient pas d'une exclusion de responsabilité, mais d'une réduction de peine qui toutefois reste, dans tous les cas, facultative. Le tribunal peut prononcer une mesure de rééducation et de sûreté : mesures éducatives, mesures curatives comme le placement en hôpital psychiatrique ou la désintoxication ou encore des mesures protectrices comme des interdictions professionnelles. Le placement en hôpital psychiatrique peut être ordonné dans certaines conditions : danger pour la collectivité, risque important de récidive ou dangerosité particulière.

En Espagne, la responsabilité atténuée est également envisagée. Les délinquants à la responsabilité atténuée restent punissables, mais ils bénéficient d'une réduction automatique de peine. Le tribunal peut prononcer une mesure de sûreté pour les délits, comme un placement en hôpital psychiatrique. La durée de placement ne peut dépasser la durée de la peine qui aurait été encourue.

Plus radicalement, aux Pays-Bas, le CP exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. Elles ne peuvent donc faire l'objet d'une sanction pénale, mais seulement d'une « mesure judiciaire » qui se décline en placement en hôpital psychiatrique et « mise à disposition » dès lors que la personne représente un danger pour la collectivité.

Ces éléments démontrent la volonté de la plupart des législations européennes de minorer les peines des délinquants malades mentaux déclarés pénalement responsables mais considérés comme ayant une altération de leur discernement, cela au profit de soins contraints. Le droit français semble avoir de façon moins prépondérante ce souci. La loi prévoit simplement la faculté pour le juge de tenir compte de l'altération des facultés mentales lorsqu'il détermine la peine. Une meilleure articulation entre CP et loi du 05 juillet 2011, la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, le contrôle judiciaire des soins pour les malades irresponsables, la réalité de l'atténuation des peines et une réorganisation des soins (peines réduites suivies d'obligation de soins) pour les cas d'altération du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du CP sont autant d'exemples de propositions.

⁶⁷ Rapport du Sénat, *L'irresponsabilité pénale des malades mentaux*, document de travail du Sénat, série législation comparée, 2004, p132-28

C/ Quelques définitions

La définition générale d'une expertise médicale peut être libellée ainsi⁶⁸ : « *celle-ci comme toute approche médicale peut être décrite comme un contexte dans lequel s'expriment les souffrances personnelles, mais aussi les non-souffrances, multiples, verbales, non verbales d'un patient ou expertisé vis-à-vis d'un médecin qui a sa propre perception personnelle, son expérience de vie, de clinicien et sa capacité d'écoute propre. L'expert doit être dans une position de neutralité.* »

Concernant plus particulièrement l'expertise psychiatrique: « *Le psychiatre, en explorant le monde intra psychique de l'expertisé, le met en comparaison et en résonance avec son propre vécu, et constate aussi ressemblances et/ou différences, sa capacité de se représenter l'autre souffrant. Il fait appel à sa culture, ses capacités d'empathie, ses propres expériences de la souffrance, ses aptitudes à pouvoir extrapoler les données subjectives de son interlocuteur sans avoir eu le même vécu, mais aussi sa capacité de mise à distance, de recul et de neutralité.* »

Sur le plan légal, il n'existe pas de définition formelle de l'expertise psychiatrique, il en est simplement fait mention dans les articles 156 du CPP⁶⁹ et suivants, sous la forme d'une définition générale incluant toutes les formes d'expertise sans distinction.

Une des premières missions des expertises psychiatriques pénales est de servir de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés.

Cette mission se base sur 3 notions essentielles :

- détermination de l'état mental au moment de l'action,
- détermination de la capacité de discernement,
- détermination de la capacité de contrôle de ses actes.

Depuis ces dernières années, nous avons assisté à une multiplication des conditions dans lesquelles une expertise pénale, ou un examen médical peut ou doit être requis. Une expertise peut être demandée à tous les stades du procès.

1/ Expertise pré-sentencielle

Elle peut être sollicitée, au stade de l'enquête et de l'instruction.

Selon l'article 63-3 du CPP, un examen médical peut être requis, pendant la garde à vue, à la demande de l'intéressé, de l'OPJ⁷⁰, ou du parquet. Selon l'article 63-4 alinéa 4, il peut également l'être à la demande de l'avocat.

Selon les articles 60 et 77-1 du CPP, sur la décision de l'OPJ et/ou du procureur, il doit être procédé un « *examen technique ou scientifique* ».

Selon l'article 706-88 du CPP un examen médical est obligatoire en cas de criminalité organisée, selon l'article 706-47-1 en cas d'infractions sexuelles.

⁶⁸ Rosatti P. (sous la direction de), L'Expertise médicale : de la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, Vol. 2, Ed. Médecine et Hygiène

⁶⁹ CPP Code de Procédure Pénal

⁷⁰ OPJ Officier de Police Judiciaire

Selon l'article 81 alinéa 8 du CPP, un examen médical et un examen psychologique peuvent être ordonnés par le juge d'instruction, ils peuvent également être demandés par les parties civiles.

L'expertise pré-sentencielle peut également être requise au stade du jugement et du procès.

- par le tribunal correctionnel

Dans le cadre d'une audience de comparution immédiate, l'article 397-2 du CPP permet la possibilité de procéder à un supplément d'information, lequel peut être un examen médical. De la même façon, elle peut être demandée dans le cadre d'une citation directe ou d'une convocation par l'OPJ en vertu de l'article 463 du CPP.

- par une cour d'Assises

L'article 283 du CPP permet au président de la cour d'Assises d'ordonner, s'il l'estime utile, une expertise médicale.

Dans le cas d'un jugement par une Cour d'Assises, quelle que soit la juridiction de jugement, l'expertise obligatoire est prévue dans les deux cas suivants:

- le premier résulte de l'article 131-36-4 du CP issu de la loi du 17 juin 1998. Une injonction de soins ne peut être prononcée qu'après une expertise médicale, dont l'objet est de déterminer si la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement,
- le second prévoit, depuis la loi du 12 décembre 2005, la nécessité d'une expertise lorsque la juridiction de jugement envisage d'ordonner, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, un placement sous surveillance électronique mobile. Dans cette hypothèse, l'article 131-36-10 du CP précise que l'expertise médicale a pour objet de constater la dangerosité de l'individu.

La mission de cette expertise est essentiellement de repérer l'existence éventuelle de troubles psychiatriques et de déterminer l'irresponsabilité ou l'altération partielle du jugement au moment des faits, du mis en examen concernant l'acte qui lui est imputé, après avoir mis en évidence un rapport entre les troubles psychiatriques au moment des faits et l'acte criminel. Elle a également pour but d'évaluer la dangerosité psychiatrique en lien avec l'évolution de la maladie mentale.

Dans toute expertise pénale, il existe trois démarches :

- établissement du diagnostic actuel,
- reconstruction du diagnostic rétrospectif,
- interprétation médico-légale du lien entre l'état mental au moment des faits et l'infraction.

L'objet du droit pénal est de déterminer dans quelle mesure une personne, après avoir commis une infraction, peut être déclarée pénalement responsable et donc subir une peine. La responsabilité pénale réside dans l'obligation de répondre de ses actes délictueux et de subir la peine prévue par la loi. Elle est subordonnée à la faculté pour l'auteur d'avoir pu décider librement de commettre les faits incriminés⁷¹.

⁷¹ Causse F., *Ibid* p 11

Pour qu'il y ait infraction, il faut la réunion de 3 éléments :

- un élément légal,
- un élément matériel,
- un élément moral.

C'est autour de l'élément moral que tourne la question de l'irresponsabilité. Le droit français prévoit que dans certaines situations la responsabilité de l'auteur d'une infraction pénale ne soit pas retenue : il s'agit des causes d'irresponsabilité et d'atténuation de la responsabilité. L'irresponsabilité pour trouble mental en fait partie.

L'article 122-1 du CPP est appliqué lorsque l'expertise psychiatrique permet de déterminer l'existence d'un trouble mental au moment des faits, que le passage à l'acte était en lien avec le trouble mental, et qu'il existait au moment des faits une abolition du discernement.

Si l'on reprend la définition de la responsabilité, l'absence de liberté de choix, liée au trouble mental, rend l'acte non imputable. L'expertise psychiatrique de responsabilité détermine si au moment des faits le sujet présentait ou non une pathologie psychiatrique.

L'expertise sur les auteurs d'infractions sexuelles est sollicitée, en application de la loi du 17 juin 1998, et est demandée de façon la plus précoce par le parquet. Il s'agit de déterminer également si l'infacteur d'un délit de nature sexuelle peut bénéficier d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

Il peut être également demandé, en pré-sentenciel, un examen médico-psychologique. Cet examen est réalisé conjointement par un psychologue et un médecin (psychiatre ou non), et a pour objectif d'apporter des éléments sur le profil de personnalité en appliquant une analyse psychodynamique du passage à l'acte. Il permet également de donner quelques indications sur les possibilités d'évolution et l'utilité d'une prise en charge médico-psychologique ou psycho-éducative. Il convient de prendre en compte des éléments de criminologie clinique qui étudient les facteurs sociaux, relationnels et éducatifs, qui sont interactionnels et leur influence potentielle sur l'évolution du sujet. Il n'est donc pas centré sur le problème de la responsabilité.

Il existe trois niveaux d'analyse clinique, en comparant expertise psychiatrique et examen médico-psychologique, qui sont résumés dans le tableau suivant :

Expertise psychiatrique	Examen médico-psychologique
Niveau 1 : - identification d'une pathologie psychiatrique, - recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP, - recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP.	
Niveau 2 : - lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.	Niveau 2 : - lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet
Niveau 3 (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie) : - analyse psychocriminologique du passage à l'acte, - évaluation de la dangerosité criminologique.	Niveau 3 (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie) : - analyse psychocriminologique du passage à l'acte, -évaluation de la dangerosité criminologique

Le débat reste toujours d'actualité entre experts. Certains souhaiteraient que le rôle des experts se limite au niveau 1 : à la détermination d'un diagnostic et du lien éventuel entre trouble mental et passage à l'acte. Dans la pratique, d'autres ont inclus depuis longtemps les niveaux 1 et 2, en proposant une lecture psychodynamique. En revanche, peu de psychiatres ont une formation criminologique qui leur permette de s'inscrire dans une approche multidisciplinaire du phénomène criminel.

2/ Expertise post-sentencielle

Initialement, l'expertise psychiatrique post-sentencielle est devenue obligatoire, afin de déterminer la nécessité d'une injonction de soins, pour les auteurs de violence sexuelle, en application de la loi du 17 juin 1998, article 706-47. Puis elle a concerné les auteurs de crimes qualifiés « *d'une exceptionnelle gravité* », en application de la loi du 12 décembre 2005, suite à la commission Santé-Justice dirigée par M. Burgelin⁷², d'où la multiplication des demandes d'expertise. Les indications sont désormais les suivantes :

- les crimes d'atteintes volontaires à la vie prévus par les articles 221-1 à 221-5-1 du CP,

⁷² Rapport de la commission Santé-Justice, présidée par M Jean-François Burgelin, *Ibid* p 23

- les crimes de torture ou actes de barbarie prévus par les articles 222-1 à 222-6 du CP, les crimes de viols prévus par les articles 222-23 à 222-26 du CP, les délits d'agressions sexuelles visés aux articles 222-27 à 222-31 du CP,
- les délits de corruption de mineurs et d'atteintes sexuelles sur mineur de moins de 15 ans prévus par les articles 227-22, 227-23, 227-25 et 227-26 du CP,
- les crimes d'enlèvement et de séquestration visés aux articles 224-1 à 224-5-2 du CP,
- les destructions, dégradations ou détériorations dangereuses pour les personnes prévues par les articles 322-6 à 322-10 du CP, à l'exception de l'article 322-6-1 du CP.

L'expertise psychiatrique, au stade de l'exécution des peines, est obligatoire, soit au moment du jugement lorsqu'une peine doit être décidée:

- avant toute décision d'aménagement de peine pour les personnes condamnées au titre de l'une des infractions visées à l'article 706-47 du CPP qui sont les suivantes: agression ou atteintes sexuelles ou proxénétisme à l'égard d'un mineur, ou recours à la prostitution d'un mineur (un expert) ou pour meurtre, assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, ou d'un viol d'un mineur de moins de 15 ans (deux experts),
- au titre du suivi, par le juge de l'application des peines, de la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile,
- avant que le juge de l'application des peines ne décide d'une surveillance judiciaire à l'encontre d'une personne condamnée à une peine privative de liberté d'une durée au moins égale à 10 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire était encouru mais non prononcé,

soit au cours de l'exécution de la peine, pour décider d'un arrêt de la mesure de sûreté:

- lorsqu'un condamné demande à être relevé de la mesure de suivi socio-judiciaire prononcée par la juridiction de jugement,
- avant toute suspension de peine décidée pour motif médical grave,
- durant cette suspension lorsqu'elle a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle,
- avant toute décision du tribunal de l'application des peines de mettre fin à la période de sûreté prononcée par une cour d'assises à l'encontre d'un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité,

soit à la fin de l'exécution de la peine :

- avant la libération de la personne incarcérée lorsque celle-ci a été condamnée plus de 2 ans auparavant à un suivi socio judiciaire comprenant une injonction de soins pour laquelle il était prévu qu'elle s'exécuterait à la suite de la peine privative de liberté.

Il existe deux types de suivi : soit un suivi ordinaire, soit un suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins⁷³. Le traitement médical devient un élément moteur de la prévention de la

⁷³ Polge C., Quel est le cadre légal du traitement des AVS en dehors de et durant la judiciarisation ? In Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Aggression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

récidive. Il existe différents niveaux de cadres légaux pour les soins : injonctions de soins, obligation de soins, incitation aux soins. Dans un régime traditionnel, avant la déclaration de culpabilité, le juge peut mettre en place un contrôle judiciaire ; après la déclaration de culpabilité, il peut être déclaré une mise à l'épreuve, avec une liberté conditionnelle et une obligation de soins.

Les missions de l'expertise post-sentencielle sont différentes de l'expertise de responsabilité. L'expert doit :

- décrire la personnalité de l'intéressé,
- décrire son évolution depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures,
- décrire les éventuels troubles psychopathologiques qu'il présente,
- émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné,
- déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre, discuter les éléments favorables et défavorables du pronostic tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive,
- préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement.

La Fédération Française de Psychiatrie, dans son audition publique sur l'expertise psychiatrique publique, des 25 et 26 janvier 2007⁷⁴, a émis différentes recommandations. Elle souhaite, notamment, que soient privilégiées les missions à visée diagnostique et thérapeutique sur l'expertise de dangerosité. Or actuellement le législateur semble privilégier, au contraire, l'expertise de dangerosité au détriment de l'expertise de responsabilité, ce qui n'est pas sans poser problème aux experts psychiatres.

Au cours de ces dernières années, les attentes des juges et magistrats vis-à-vis de l'expertise et de la déposition de l'expert ont évolué⁷⁵. Désormais ils attendent des experts :

- une cohérence entre le rapport écrit et l'exposé oral, ce dernier pouvant être l'occasion d'enrichir le premier à partir des débats qui ont eu lieu et des questions posées à l'expert par le président, les jurés et toutes les parties,
- de l'intelligibilité et de la pédagogie : un expert doit pouvoir faire part de ce qu'il a compris du sujet,
- une analyse du sens du crime dans l'histoire du sujet, si cela est possible et si le sujet admet être l'auteur des faits,
- des informations sur l'histoire du sujet au regard des éventuels troubles de la personnalité et des prises en charge réalisées,
- la consultation par le second expert de la première expertise, lorsqu'il y en a plusieurs, pour éviter l'empilage de rapports à l'instruction et la simple juxtaposition sans débat à l'audience,
- même si l'expert n'a été mandaté que pour l'expertise d'un seul sujet, qu'il soit en mesure de répondre à des questions à l'audience sur les interactions entre les différents protagonistes.

⁷⁴ Rossinelli G., (sous la présidence de), Audition publique *Expertise psychiatrique pénale*, *Ibid* p14

⁷⁵ Blanc A., *Ibid* p 19

Les différences entre l'expertise pré-sentencielle et post-sentencielle sont résumées dans le tableau suivant :

Expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale	Expertise post-sentencielle de pré-libération
Discernement et contrôle des actes au moment des faits envisagés Rétrospective Synchronique Séquentielle Imputabilité Indications ou contre-indications du jugement Peines Choix de la sanction pénale et de son régime	Conduite en milieu ouvert après la libération Prospective Diachronique Longitudinale Dangerosité Indications ou contre-indications de la libération conditionnelle Mesures de sûreté Opportunité ou nécessité de la surveillance, de l'assistance et du suivi en milieu ouvert

3/ Expertise des mineurs

La Justice pour les mineurs est régie par l'ordonnance de 1945 dont le principe fait primer la mesure éducative sur la sanction pénale⁷⁶. Les experts psychiatres insistent sur les particularités de la clinique propre à l'enfant et à l'adolescent. Il s'agit d'une personnalité en devenir, ce qui exige de situer l'acte délictueux ou criminel par rapport au stade du développement du sujet.

L'expertise des mineurs nécessite une écoute et l'emploi d'un langage propre à l'enfant. L'enfant et l'adolescent ont un rapport au temps particulier. Il existe une certaine prégnance de la vie imaginaire chez l'enfant, cette dernière pouvant se confondre avec la manière dont il vit la réalité externe. Il est indispensable que cet examen soit réalisé par un expert pédopsychiatre ou par un expert ayant des compétences en pédopsychiatrie.

La discussion médico-légale doit pouvoir expliquer si le comportement délictueux correspond à l'expression de troubles structurés évolutifs, ou s'il s'agit d'un moment de crise développementale; elle doit également expliquer les enjeux en cause et préciser les liens existant entre les perturbations relevées et le comportement délictueux avant de répondre à la question d'un traitement éventuel.

Il est important de disposer de diverses sources d'information sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent : dossier, procès-verbaux des OPJ, informations provenant de l'école, des éducateurs en cas d'assistance éducative. La rencontre des parents est aussi vivement recommandée. L'expert sera attentif à l'étude de la biographie du mineur, aux éventuelles ruptures, aux perturbations des liens affectifs précoces et à l'existence d'éventuels placements pour en apprécier les effets sur le développement de sa personnalité. Il est nécessaire d'évaluer son

⁷⁶ Rossinelli G., (sous la présidence de), Audition publique *Expertise psychiatrique pénale*, Ibid p 14

niveau intellectuel. Dans le cas particulier des mineurs auteurs d'agressions sexuelles, l'expert devra rechercher systématiquement chez eux une victimisation antérieure, dont la fréquence est signalée.

4/ La notion de dangerosité

4-a/ Concepts généraux

Le Littré en donne la définition suivante: le terme dangereux se dit d'un sujet « *qui a pouvoir de nuire, en qui on ne peut se fier.* » « *être en danger* » c'est à dire être sous la domination, sous la merci de quelqu'un.

La dangerosité est une donnée subjective évoluant au regard des urgences variables du droit positif pénal et des attentes de la société en terme de sécurité et de protection⁷⁷. La notion de dangerosité repose sur un système de valeurs et de normes s'inscrivant dans une société déterminée et donc variable. Le danger est ce qui « *menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose et la situation qui en résulte* ». L'acte dangereux est la somme complexe de plusieurs caractéristiques. Le passage à l'acte est parfois structurant. Il représente une manière d'être du sujet au monde, qui induit de manière inconsciente les situations qui l'amènent inéluctablement à faire preuve de violence.

Pour Michel Benezech⁷⁸, il n'existe aucune définition médico-légale valable de la dangerosité. Cette notion émane du langage courant, elle est liée à l'histoire de la criminologie et à ses liens avec la psychiatrie. Il existe historiquement deux grandes étapes:

- La première correspond à la période durant laquelle les contours de la personnalité criminelle sont définis par les criminologues en lien avec la théorie de l'inné.
- Durant la deuxième, le concept de personnalité est abandonné au profit de l'approche psycho-sociale, qui accorde plus d'importance aux conditions du milieu.

Selon J.M. Elchardus⁷⁹, la notion de dangerosité est appréhendée de façon différente par trois écoles :

- L'école néopositiviste dont le postulat de base est le déterminisme individuel: certains individus sont dangereux, il faut les repérer par des méthodes objectives, pour protéger la société. Cette école a édicté le fondement des politiques de défense sociale. Le développement des méthodes d'évaluation objective de la dangerosité est une des réponses à cette attente. L'originalité du positivisme a été, non pas de se référer partiellement à la notion de danger, mais de lui donner une valeur subjective et de prendre en considération l'homme dangereux.

⁷⁷ Bernard G, *Ibid* p 16

⁷⁸ Senon J.L., *et al*, Dangerosité criminologique : données criminelles, enjeux cliniques et experts, *Inf. Psychiatr.*, 2009/8 Volume 85 p 719-725

⁷⁹ Jutant A., *Le psychiatre face au concept de dangerosité*, thèse, 2009

- L'école psychiatrique dont le postulat de base est le rapport reconnu entre les traits pathologiques de la personne et un risque de passage à l'acte. Ce rapport est strictement limité au domaine de la pathologie mentale et des compétences du psychiatre. Ces « traits » peuvent être soit une maladie mentale avérée, soit des troubles de la personnalité ou de l'adaptation.
- L'école psychocriminologique dont le postulat de base est le rapport entre le sujet tel qu'il fonctionne dans son environnement, et des troubles, par exemple, de l'économie psychique, de la dynamique du passage à l'acte. Il s'agit d'une description et d'une étude des interactions pathologiques avec un environnement pouvant amener à une situation dangereuse.

Certains auteurs utilisent plutôt la notion d'état dangereux ou de situations dangereuses. L'état est l'aspect que revêt l'ensemble des réactions d'adaptation internes ou externes d'un individu⁸⁰. La définition de l'état dangereux implique la notion de menace, d'attaque, tout en englobant celle de violence. Il existe une recherche de la soumission et de l'agressivité. L'état dangereux est le reflet d'une manière d'être, d'une condition, d'une situation à un moment donné de l'évolution d'un individu, dans un contexte donné et traduisant le résultat des interactions entre deux milieux.

En 1920, Grespine décrit l'état dangereux comme un « *état créant pour le sujet la possibilité de devenir l'auteur d'un méfait* ». Dublineau en 1953, parle d'« *états d'un individu qui présente des virtualités particulièrement marquées de passages à l'acte coïncidant avec une situation sociale difficile* ». Il faut différencier un état dangereux permanent, d'un état de danger imminent⁸¹.

Debusyt en 1953, en donne une définition considérée depuis comme classique: « *l'état dangereux est un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes et les biens.* »⁸² Cette définition ne s'applique pas aux malades mentaux ayant commis des infractions criminelles sous l'effet de leur affection psychologique.

Selon J.L. Senninger⁸³, les actes dangereux ne sont pas représentatifs du comportement de l'individu incriminé. Il dit : l'« *état dangereux devient un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit* »

S. Buffard⁸⁴ préfère parler de « *situation dangereuse* » qui apparaît quand un individu ou un groupe d'individus se sentent menacés de façon réelle ou imaginaire par une agression interne ou externe dans l'intégrité de leur structure.

On distingue classiquement la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique. Néanmoins cette distinction formelle est de plus en plus remise en cause et ne correspond pas forcément à une réalité clinique.

⁸⁰ Roure L, Duizabo P., *Ibid* p 15

⁸¹ Senon J.L. *et al*, *Ibid* p 33

⁸² Jutant A., *Ibid* p 33

⁸³ Senninger J. L., Dangerosité, étude historique, *Inf Psychiatr.* 1990 ; 66, 689-96

⁸⁴ Buffard S., Elchardus J. M., Gillet M., Querard M., Il est dangereux de se pencher, in C. Debuyst, F Tulkens, (sous la direction de) *Dangerosité et Justice Pénale. Ambigüités d'une pratique*, Vol 1, Ed Médecine et Hygiène, Genève 1982, 177-188

4-b/ La dangerosité criminologique

Elle prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence des passages à l'acte. Dans cette conception, on envisage le comportement du sujet à travers sa capacité à commettre une infraction de nature criminelle ou délictuelle, portant atteinte aux personnes et/ou aux biens et par le risque de récidive. Elle se définit en termes de forte probabilité que peut présenter un sujet de commettre une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité. Elle implique donc la notion de pronostic. La dangerosité criminologique est définie lorsqu'il n'existe pas de pathologie mentale. Elle peut être en lien avec la dangerosité individuelle ou collective.

Lorsque l'expert tente de déterminer un pronostic criminologique, il se trouve confronté à deux écueils:

- soit il risque de s'obnubiler sur les fondements de la violence, figeant le patient dans son image de sujet dangereux,
- soit il risque de rester pris dans sa relation au sujet⁸⁵.

L'état de dangerosité d'un même individu ne présente pas nécessairement un caractère permanent et linéaire mais peut au contraire être transitoire, s'atténuer ou au contraire augmenter. La dangerosité est souvent ponctuelle, redéfinie selon la fluctuation de l'état mental, des facteurs environnementaux et des facteurs de stress. Les facteurs peuvent être statiques ou dynamiques. Il est également important de s'attacher au repérage des facteurs de protection.

Le lieu dans lequel peut s'exprimer cette dangerosité tient une place prépondérante. Par exemple, une bonne adaptation à l'univers carcéral n'est pas un gage de l'absence de dangerosité en milieu libre.

Hanson et Harris⁸⁶ ont séparé parmi les facteurs dynamiques les *stable risk factors* et les *acute risk factors* notamment chez les délinquants sexuels. Les facteurs stables de risque, quoique pouvant changer, sont néanmoins relativement constants, par exemple il peut s'agir d'un intérêt sexuel porté aux enfants. Ils peuvent évoluer avec un traitement mais seulement avec du temps. Les *acute risk factor*, au contraire sont extrêmement changeants et peuvent être la cause de passage à l'acte immédiat. Il peut s'agir d'un changement d'humeur, de la soudaine accessibilité d'une victime, d'un rejet du suivi, etc...

Aucun facteur isolé ne peut être suffisamment prédictif, il est nécessaire d'évaluer une foule de facteurs. La dangerosité doit être considérée comme un processus dynamique.

⁸⁵ Gravier B., Lustenberg Y., L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question, *Ann. Med. Psychol.*, 163 (2005) 668-680

⁸⁶ Herzog-Evans M., Outils d'évaluation: sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique, *A. J. Pénal*, février 2012

4-c/ La dangerosité psychiatrique

En préambule, il nous apparaît important d'attirer l'attention sur la confusion possible – et fréquente dans le grand public- entre dangerosité et maladie mentale. La plupart des crimes violents sont commis en l'absence de trouble psychiatrique majeur. Il existe une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez des personnes souffrant de troubles mentaux, en lien avec des représentations de la maladie mentale parfois erronées.

Les comportements violents ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes atteintes de troubles mentaux. Elles sont beaucoup plus souvent victimes de violences : soit envers elles-mêmes, soit subies.

Il est nécessaire de distinguer la dangerosité réelle et l'idée que l'on peut en avoir. La maladie mentale a tendance à être criminalisée, à l'encontre de l'esprit de la loi qui se voulait protectrice à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, le quantum de peine est souvent renforcé en pratique, les jurés craignant plus de libérer un individu malade, et donc forcément plus dangereux à leurs yeux. En pratique, la considération de la dangerosité psychiatrique a conduit le législateur à penser la mise en place du suivi socio-judiciaire dans le cadre d'une injonction de soins. Le juge prend en compte cette dangerosité au moment du choix de l'exécution et de l'arrangement de la peine.

Néanmoins, il ne faudrait pas non plus tomber dans l'excès inverse, comme cela a pu être le cas dans le passé. Ainsi, dans les années 80, la psychiatrie prônait que les malades mentaux graves n'étaient pas plus dangereux que les individus issus de la population générale. Cette déclaration a été soutenue par une découverte épidémiologique, qui avait mis en évidence que si l'on contrôlait les variables démographiques et historiques, le risque de violence restait comparable entre la population générale et celle des malades mentaux. Depuis les années 90, cette affirmation qui semblait malgré tout contraire au sens clinique a été nuancée par des études méthodologiques mieux contrôlées, qui sont de quatre sortes : études en population générale, études longitudinales de cohorte avec suivi depuis la naissance, études sur les mises en examen de patients sortant des hôpitaux psychiatriques et la prévalence des agressions criminelles chez les patients ambulatoires, et enfin études de prévalence des pathologies psychiatriques chez les auteurs d'homicide⁸⁷.

A l'heure actuelle, la maladie mentale dans son ensemble n'est plus retenue comme un facteur causal direct de violence ; en revanche il existe un lien de nature dynamique et multifactoriel. L'expert doit s'attacher à l'évaluation des facteurs psycho-dynamiques. Il faut pouvoir déterminer si le passage à l'acte est plutôt de l'ordre de l'acte, ou de l'*acting out*, essayer de déterminer quels sont les mécanismes de défense mis en jeu, repérer les capacités d'élaboration psychique et de mentalisation.

Indépendamment de la prise de drogues ou d'alcool, les troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizoaffectif, troubles délirants et troubles bipolaires)

⁸⁷ Gourevitch R., Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie, Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

s'accompagnent d'un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus important que celui de la population générale.

Après avoir pris en considération le sexe, l'âge et le statut socioéconomique, le risque relatif global est généralement estimé à 3,7⁸⁸, ce qui veut dire que le groupe des personnes atteintes d'une maladie mentale grave réalise près de quatre fois plus d'agressions physiques que la population générale. Ce risque de violence physique est surdéterminé par la prise de toxiques.

Il existe une augmentation du risque de violence, par rapport à la population normale, pour les personnes souffrant de troubles mentaux, mais en nombre absolu ces actes de violence sont peu fréquents. Seuls 3 à 5% des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux graves⁸⁹. Le taux d'homicide est entre 1 et 5 pour 100.000 en population classique, il est de 0,16 homicides pour 100.000 habitants dans une population composée de personnes atteintes de troubles mentaux⁹⁰. La prévalence de la violence chez les sujets schizophrènes est plus élevée par rapport à la population normale, mais elle est au maximum de 10%⁹¹.

Il faut distinguer la notion de risque relatif et de risque attribuable. Le risque relatif décrit l'existence et la magnitude d'une association entre un facteur de risque et un phénomène en résultant. Dans le cas du rapport entre trouble mental et dangerosité, l'association mise en évidence est modérée mais significative, comparable à celle par exemple entre niveau éducatif ou socio-économique et dangerosité.

Le risque attribuable décrit la proportion parmi les actes de violence subis par une population de ceux qui sont le fait de personnes présentant un facteur de risque spécifique. Ce risque attribuable est faible concernant les troubles psychiatriques.

Les comportements hétéro agressifs émanant de personnes malades touchent d'abord la famille et les proches, les professionnels de santé, exceptionnellement des personnes sans aucun lien avec le malade.

La dangerosité psychiatrique peut se définir comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale. L'agression est une traduction possible d'un trouble mental. L'expression comportementale actuelle tient désormais à l'interface entre la psychose et les troubles du comportement à expression caractérielle. En terme médical, la dangerosité relève non de la démarche diagnostique mais de l'évaluation pronostic.

Les facteurs influençant le risque de violence dans la population générale affectent également les patients. On peut noter que la violence des personnes souffrant de troubles mentaux évolue de la même façon que celle de la population générale. Une étude australienne⁹² montre que sur 25 ans,

⁸⁸ Dubreucq J.L., Joyal C., Millaud F., Risque de violence et troubles mentaux graves, *Ann. Med. Psychol*, 163 (2005) 852-865

⁸⁹ Pascal J. C.; Comment définir la «dangerosité psychiatrique» dans le champ des dangerosités in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

⁹⁰ Senon J.L., et al, Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *Inf Psychiatr*, 2006,82 ;645-652

⁹¹ Fazel S., Galati G., et al, Schizophrenia and violence : systematic review and meta-analyses, *PLoS Med* 2009 ; 6(8) :e1000120

⁹² Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:716-27.

l'augmentation de la violence physique des patients psychiatriques envers autrui est proportionnelle à l'augmentation de la violence au sein de la population générale.

Des facteurs de risque statiques généraux ont été repérés comme⁹³ :

- les facteurs démographiques: l'âge jeune, le sexe masculin, le célibat, un faible statut socio-économique,
- les éléments d'histoire personnelles: environnement familial perturbé, des modèles de violence, des antécédents de maltraitance subie, tout antécédent délictuel, tout antécédent de violence. Ces antécédents doivent par ailleurs être soigneusement explorés (type et cible de la manifestation violente, conséquences sur la victime, le lieu d'exercice de la violence, le temps d'élaboration du passage à l'acte, l'accessibilité des victimes et des armes).

L'ensemble des études semble s'accorder sur le fait que quelle que soit la présence ou l'absence d'une pathologie psychiatrique, le risque de violence est surtout majoré par l'abus de substances ou les antécédents de violence⁹⁴.

La McArthur Violence Risk Assessment Study menée par Monahan et Steadman⁹⁵, entre 1992 et 1995 a eu un impact majeur dans le domaine de l'évaluation de la dangerosité. Les auteurs ont suivi des patients sortant de quatre établissements psychiatriques aux Etats-Unis. L'étude a compris 1136 sujets âgés de 18 à 40 ans, évalués toutes les dix semaines à propos de leur comportement hétéro-agressif durant un an. Le groupe de patients était représentatif de l'ensemble des pathologies psychiatriques considérées comme graves.

Il a été démontré⁹⁶, qu'il n'existait pas de différence significative entre la prévalence des comportements violents chez les patients avec ou sans antécédent de pathologie psychiatrique. Cependant, la consommation de toxiques augmentait nettement les comportements violents dans les deux types de population (patients et population témoin), or cette consommation était particulièrement importante parmi les patients. Les risques de violence paraissent être liés à la présence conjointe d'une pathologie psychiatrique lourde et d'un comportement d'abus de substances.

L'expert confronté à des troubles psychiques manifestes doit rester attentif:

- au diagnostic de maladie psychique, et au lien éventuel entre violence et pathologie psychiatrique. Ce lien est augmenté mais doit être nuancé,

⁹³ Richard-Devantoy S., Quelles sont les données de la littérature internationale concernant la violence chez les personnes présentant une schizophrénie ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

⁹⁴ Vacheron M.N., Cornic F., Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

⁹⁵ Niveau G., Evaluation de la dangerosité et du risque de récurrence, Ed l'Harmattan, 2011

⁹⁶ Steadman, *et al*, Violence by people discharged from acute psychiatric in patients facilities and by others in the same neighborhoods, *Archive of General Psychiatry*, 1998, 55(5) : 393-401

- à l'association de ce diagnostic avec d'autres manifestations du registre clinique ou social, par exemple l'existence d'une consommation de toxiques,
- à sa connaissance intuitive des facteurs, laquelle peut souvent être débordée.

P. G. Nestor⁹⁷ a dégagé quatre dimensions pour caractériser l'association entre des troubles psychiatriques et le risque de violence :

- mauvais contrôle des impulsions,
- troubles de la régulation des affects,
- traits narcissiques,
- personnalité avec style cognitif de type paranoïde.

Dans le rapport de la HAS⁹⁸ de mars 2011, intitulé « La dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », il est mis en évidence des :

➤ Facteurs communs aux troubles schizophréniformes et aux troubles de l'humeur :

- 1/ les comorbidités psychiatriques notamment les addictions (alcool et autres substances psychoactives), la présence d'une personnalité psychopathique sous-jacente,
- 2/ les troubles neuropsychologiques : confusion mentale, atteinte des fonctions cognitives,
- 3/ des éléments cliniques : idées suicidaires, de violence ou d'homicide, désorganisation de la pensée,
- 4/ les facteurs liés aux soins, l'insight et le déni des troubles, l'alliance thérapeutique.

Les auteurs ont également mis en avant des facteurs de protection tels que la capacité à demander de l'aide, la constance du suivi psychiatrique.

➤ Facteurs de risque spécifiques à la schizophrénie⁹⁹ :

Ces facteurs de risque sont : des idées de persécution, de contrôle, de grandeur, des hallucinations auditives impératives, l'existence d'une atteinte cognitive, des projets irréalisables, l'exposition à des facteurs déstabilisants, l'absence de soutien social.

Hodgins¹⁰⁰ met en évidence dans son étude de 2004 que la violence des individus schizophrènes dépend essentiellement de facteurs autres tels que :

- la prise d'alcool,
- la consommation de drogues autres,

⁹⁷ Nestor P. G., Mental disorder and violence personality dimensions and clinical features, *Am. J. Psychiatry*, 2002; 159: 1973-8

⁹⁸ HAS Haute Autorité de la Santé

⁹⁹ Gourevitch R., *Ibid* p 36

¹⁰⁰ Hodgins S., Tiihonen J., Ross D., Consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia association with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services, *Schizophr. Res.*; 78: 323-335

- les troubles de la personnalité,
- la rupture de la prise en charge thérapeutique.

Cet auteur a également caractérisé les schizophrènes en fonction de la chronologie du passage à l'acte et du début des symptômes. Il a défini des « *early-starters* » et des « *late-starters* » : ceux qui commettent des actes avant (modèle stable de comportement anti social) ou après l'apparition de la maladie (plutôt en lien avec la maladie et la consommation d'alcool)¹⁰¹.

C. Joyal¹⁰² a décrit différentes typologies des schizophrènes violents en fonction des caractéristiques du passage à l'acte :

- Lorsqu'il existe un triple diagnostic de schizophrénie, abus de substances et personnalité antisociale, il existe une augmentation du risque de violence envers les proches, caractérisé par un risque de récurrence et /ou de répétition.
- Quand il s'agit d'un schizophrène évoluant sur plusieurs années avec des troubles neuropsychologiques, les passages à l'acte se produisent souvent envers des objets en lien avec une frustration et le risque de récurrence violente est élevé.
- Quand on a affaire à une clinique de type schizoparanoïde, les passages à l'acte se font souvent envers les membres de la famille, ils sont planifiés. Le risque de récurrence est faible.

➤ Facteurs de risque spécifique aux troubles de l'humeur :

On retrouve certains facteurs globalement similaires à ceux de la schizophrénie. Néanmoins, l'association entre comportements dangereux et troubles bipolaires se distingue par certains aspects. Il existe un risque accru de dangerosité lorsqu'il y a une association d'éléments dépressifs et d'éléments paranoïdes délirants. Le risque de fillicide et d'infanticide est plus marqué dans les cas de mélancolie délirante. Les épisodes dépressifs chez les enfants et les adolescents sont souvent marqués par une certaine irritabilité et par des manifestations antisociales ou des troubles des conduites. Les épisodes maniaques sont ponctués d'actes antisociaux plus fréquents que chez des personnes souffrant de troubles schizophréniformes mais de gravité moindre en général. Ces passages à l'acte sont souvent marqués par une impulsivité importante, et le rôle des comorbidités et notamment de la consommation de toxiques est flagrant¹⁰³.

¹⁰¹ Hodgins S., Kiscoke U. L., Fresse R., The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment, *Behav. Sci. Law* 2003, 21: 523-546

¹⁰² Joyal C. C., Pitkonen V., Paavola P., *et al*, Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia, *Psychol. Med.* 2004, 34: 433-42

¹⁰³ Le Bihan P., Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

5/ Définition de la violence

Lorsqu'on parle de dangerosité, on doit s'attacher dans le même temps à la notion de violence. Dans la littérature scientifique, la dangerosité est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour actes violents.

Pour l'OMS¹⁰⁴, qui donne une définition assez large du terme de violence, il s'agit de « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* ».

La violence correspond à l'extériorisation de l'état interne d'un individu à la suite d'un dysfonctionnement du contrôle émotionnel et du discernement lié à des difficultés d'adaptation, qui se traduit par un comportement agressif voire dangereux. L'état mental peut être influencé par une pathologie, un sentiment de peur. Si l'agressivité crée l'état dangereux, elle n'aboutit pas nécessairement à la délinquance.

Les travaux de René Grau autour de la violence nous paraissent intéressants¹⁰⁵. Il a développé une théorie selon laquelle la violence est fondatrice de toute société et passe par la désignation d'une victime émissaire d'agressivité. La disposition à l'attaque est rencontrée chez tous les sujets en état d'hostilité active.

Selon Léon Michaux¹⁰⁶, la violence peut être réprimée, dérivée, sublimée. Il existe une intentionnalité de l'acte agressif correspondant généralement à un acte nuisible dirigé vers un tiers. « *C'est par l'agressivité que l'homme cherche à vaincre les obstacles qui barrent la route à la satisfaction de ses désirs.* »

D/ L'évaluation de la dangerosité à l'heure actuelle

Le risque est conçu comme un événement dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude. L'évaluation du risque de dangerosité passe alors par la détermination d'une mesure. L'étude de la dangerosité est la possibilité d'établir une probabilité. Cette évaluation nécessite une certaine objectivité.

Il est important de bien différencier dans l'évaluation : dangerosité et comportements violents. Cette évaluation procède en premier lieu de la démarche de l'expert. Pour certains auteurs, elle consiste à récolter et analyser des données qui seront utilisées dans un processus décisionnel à partir de différentes sources. Dans une démarche totalement scientifique, évoquer la dangerosité d'un sujet donné implique automatiquement l'étude précise de l'avenir à travers le passé de celui-ci.

¹⁰⁴ Organisation Mondiale de la santé. Rapport sur la violence et la santé. Genève. OMS ; 2002

¹⁰⁵ Roure L., Duizabo P., *Ibid* p 15

¹⁰⁶ Roure L., Duizabo P., *Ibid* p 15

Elle doit être active, explorant systématiquement les différents domaines. Elle doit être longitudinale et prendre en considération certains aspects de l'histoire du patient. Elle doit permettre différents niveaux de description et d'analyses. L'appréciation de la dangerosité repose non seulement sur une connaissance approfondie de la psychopathologie du patient mais aussi sur la connaissance des mécanismes interactifs environnementaux à l'œuvre.

L'objectivation du caractère dangereux d'un individu dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale passe par les points suivants:

- prédire la récidive pénale,
- diagnostiquer une maladie mentale criminogène,
- décrire les processus psychopathologiques susceptibles d'aboutir à un passage à l'acte,
- explorer la vulnérabilité psychologique d'un sujet en cas de débordement violent,
- identifier des situations potentiellement à risque.

A côté de cette appréciation objective, la conscience du danger est une interprétation subjective, un ressenti, un éprouvé de peur face à cette situation. Ce vécu ne repose pas sur de simples éléments objectifs, mais procède d'une reconstruction avec une forte participation affective. L'évaluation de la dangerosité psychiatrique devrait pouvoir être réalisée par une équipe pluridisciplinaire.

Pour établir l'existence d'un état dangereux, il existe trois sortes d'indices :

- les indices légaux: délits antérieurs, leur forme,
- les indices médico-psychologiques : tendances psycho intellectuelles, psychosexuelles,
- les indices sociaux.

La situation d'expertise est ouverte au monde judiciaire et à la société, il est donc indispensable que les experts puissent donner un discours clair et compréhensible pour tous et que leur démarche et raisonnement puissent être expliqués. La clarté de l'expertise est indispensable pour la rendre accessible à ceux auxquels elle est destinée, d'où l'utilité des instruments standardisés mise en avant par certains auteurs.

Il existe différentes méthodes pour évaluer la dangerosité qui se divisent en deux grands types : les méthodes cliniques qui sont les entretiens cliniques libres, les méthodes basées sur un jugement clinique structuré ou semi-structuré, et les méthodes actuarielles.

1/ Méthodes cliniques

Historiquement, les méthodes cliniques sont les plus utilisées.

1-a/ Entretien clinique

L'évaluateur, qui est un clinicien, doit étudier, au cours de son entretien, les différents domaines influant le risque de violence.

Il évalue les facteurs de risque statiques et dynamiques et recueille des données anamnestiques¹⁰⁷. Il peut également interpréter certains tests (TAT¹⁰⁸, test de Rorschach), ou peut utiliser des épreuves de personnalité¹⁰⁹ telles que le MMPI¹¹⁰, la Webster, la MCMI¹¹¹, la SCID-II¹¹².

Le Dr Coutanceau¹¹³ préconise une approche qualitative de la dangerosité qui se fait en recherchant l'évolution de la personnalité du sujet, le rapport de celui-ci aux faits, le degré de reconnaissance de ces faits, le degré de contrainte éventuelle, son «*vécu surmoïque*», sa capacité à appréhender le retentissement psychologique de la victime et le rapport du sujet à la loi. L'évaluation clinique du risque de violence repose donc avant tout sur les connaissances et l'expérience du praticien concernant les facteurs de risque et la psychopathologie des comportements violents. Il s'agit donc d'une évaluation subjective, non-reproductible en fonction des différents évaluateurs. En France, il s'agit d'une lecture le plus souvent d'inspiration psychanalytique.

Selon Doyle et Dolan¹¹⁴, l'évaluation du risque de violence doit s'effectuer selon cinq étapes :

- la première consiste à recueillir les informations concernant le sujet (antécédents de violence, état mental, abus de substances), à partir de sources différentes (le patient, la famille, des tiers intervenant dans la prise en charge),
- la deuxième étape consiste à identifier les facteurs de risque de violence (historiques, cliniques, environnementaux, contextuels),
- la troisième étape doit permettre de rechercher l'existence de facteurs protecteurs,
- la quatrième étape consiste à évaluer le risque de violence à partir des informations obtenues en précisant sa nature, sa sévérité, l'imminence, l'évolution possible et les facteurs pouvant aggraver ou diminuer ce risque,
- la dernière étape va permettre de proposer une prise en charge adaptée au type de risque de violence (traitement, gestion de la violence, surveillance..).

L'évaluation du risque se fait sur trois temporalités :

- le risque immédiat
- le risque à court terme
- le risque à long terme qui conditionne la question du pronostic¹¹⁵.

¹⁰⁷ Voyer M, Comment évaluer le risque de violence des malades mentaux ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagées dans l'équipe soignante, in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

¹⁰⁸ TAT : Thematic Apperception Test

¹⁰⁹ HAS, Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, juillet 2009

¹¹⁰ MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

¹¹¹ MCMI : Million Clinical Multi axial Inventory

¹¹² SCID-II : Structural Clinical Interview for DSM IV

¹¹³ Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à M Jean-Paul Garraud, *Ibid* p 23

¹¹⁴ Doyle M., Dolan M, Standardized risk assessment, *Psychiatry*, 2007, 6 (10): 409-14

¹¹⁵ Gravier B., Lustenberg Y. *Ibid* p 35

Lorsqu'on tente d'évaluer le risque de réitération d'une infraction, on doit prendre en considération différents paramètres : l'augmentation de la gravité des infractions, leur nombre, la proximité temporelle des infractions, leur nature et leur enchaînement. On doit également s'attarder sur la dynamique de l'acte délinquant : sa notation sociologique, son positionnement subjectif et une certaine compréhension de la personnalité visant à assimiler le sujet à son « projet » criminel et à classer les délinquants.

Les différents facteurs de risque de violence mis en évidence par la littérature internationale doivent être recherchés, sans omettre les facteurs de risque contextuels, qui jouent un rôle important dans l'augmentation du risque de violence.

Les facteurs de risque dit « statiques » ne peuvent être modifiés par une prise en charge. Il s'agit par exemple de l'âge, du sexe, des antécédents.

Les facteurs de risque dit « dynamiques » sont quant à eux susceptibles d'évoluer du fait d'une prise en charge spécifique (symptomatologie psychiatrique, abus de substances, observance médicamenteuse...). Il s'agit de mettre en évidence les facteurs de risque ayant le plus d'impact sur l'augmentation du risque de violence.

Les limites de ces méthodes cliniques qui sont le plus fréquemment rapportées sont de quatre ordres :

- Premièrement, on reproche à l'approche clinique de manquer de spécificité dans la définition des critères utilisés pour réaliser la prédiction,
- Deuxièmement, les cliniciens sont stigmatisés pour leur ignorance des données statistiques de base nécessaires à la production de prédictions exactes,
- Troisièmement, on estime que les cliniciens fonderaient leurs jugements sur des corrélations illusoires¹¹⁶,
- Enfin, les prédictions cliniques ne tiendraient pas compte, à tort, des informations relatives à la situation et au milieu de vie.

Monahan et Steadman¹¹⁷ ont mis en évidence dans les années 80 qu'il existait une faible efficacité, et une faible précision dans les évaluations de dangerosité réalisées par les cliniciens. Les professionnels semblent privilégier des facteurs cliniques qui ont une très faible relation avec le risque de récidive réel.

D'autres ont souligné le manque d'accord entre les évaluateurs quant à la manière dont les évaluations sont conduites et les décisions prises : l'approche clinique serait donc caractérisée par une fidélité inter-juges peu élevée¹¹⁸. Par ailleurs, la validité des jugements cliniques laisserait aussi à désirer : il existe peu de preuves scientifiques démontrant que les décisions des cliniciens

¹¹⁶ Herzog-Evans M., *Ibid* p 35

¹¹⁷ Monahan J. "Predicting violent behavior : an assessment of the clinical techniques" in Sage and Monahan J, Steadman H.J., *Violence and Mental Disorder. Development in Risk Assessment*. University of Chicago Press, 1996

¹¹⁸ Giovannangeli D. *et al*, Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé), Programme STOP de la Commission Européenne, Université de Liège, septembre 2000

soient bonnes ou dépassent le niveau de réussite attribuable au hasard. On a également reproché aux cliniciens leur manque de transparence concernant les motivations à l'origine de leurs décisions, ce qui empêcherait toute remise en question extérieure de ces décisions.

Une autre objection opposée à l'approche clinique réside dans l'utilisation, lors de l'évaluation, de concepts qui ne possèdent pas de lien théorique nécessaire avec le comportement à prédire.

Pour pallier ce défaut de reproductibilité et la trop grande subjectivité de cette évaluation clinique, entraînant des erreurs de « *prédictivité* », des méthodes d'évaluation basées sur un jugement clinique ont été développées. Elles associent connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique pour aboutir à une estimation qualitative tenant également compte de façon beaucoup plus spécifique du contexte individuel. Ces méthodes s'appuient sur les variables statiques mais aussi sur des variables dynamiques. Elles prennent également en compte des facteurs liés à la gestion du risque. Ces variables doivent avoir une incidence démontrable sur le risque de comportement violent. Ces instruments présentent l'avantage de préserver un rôle au clinicien. Ces méthodes peuvent être soit semi-structurées, soit rédigées à partir de critères formalisés.

1-b / Outils de jugement clinique semi-structurés ou structurés

Pour pallier les insuffisances des méthodes actuarielles ou de l'entretien seul, une troisième génération d'outils a été créée dans les années 90 (la deuxième génération correspondant aux échelles actuarielles décrites plus tard, la première aux entretiens cliniques libres décrits précédemment)¹¹⁹.

L'évaluation du risque, à l'aide de ces instruments, se fait à partir de lignes directrices qui résument les connaissances scientifiques actuelles concernant les facteurs de risque de violence. L'entretien d'évaluation utilisera comme support l'instrument, afin que les informations recueillies soient les plus exhaustives possibles. Ils aident le clinicien à se focaliser sur les facteurs de risques qui ont montré une valeur prédictive de dangerosité future. Ces instruments sont centrés sur la personne, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier. Il s'agit de passer en revue de façon systématique les facteurs de risque historiques, cliniques, environnementaux et les facteurs de protection. Les items ne sont pas reliés entre eux par un rapport mathématique, l'évaluateur reste à la fin seul juge dans la pondération à appliquer aux différents facteurs pour déterminer le risque futur de violence.

Ces instruments ont des scores seuils qui permettent la classification du risque de violence en risque élevé à faible mais le clinicien est libre de pondérer la réponse finale.

Les plus courants sont le QICPAAS¹²⁰, la HCR-20¹²¹, la START¹²² et l'échelle de Millaud. Il existe des échelles spécifiques comme la SARA¹²³, évaluant le risque de récurrence de violence

¹¹⁹ Voyer M., Ibid p 43

¹²⁰ QICPAAS Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggression Sexuelle

¹²¹ HCR -20 Historical Clinical Risk

¹²² START Short-Term Assessment Risk and Treatability

¹²³ SARA Spousal Assault Risk Assessment

conjugale. La SAVRY¹²⁴ est un guide semi-structuré spécifique aux délinquants mineurs. Certaines échelles sont détaillées dans les annexes C et E.

Ils ont l'avantage de présenter une bonne flexibilité et une bonne adaptabilité en fonction de l'évaluateur. Malheureusement, ce sont des instruments très peu validés empiriquement.

Néanmoins l'HAS préconise l'utilisation de la HCR pour l'évaluation du risque de violence chez les malades mentaux¹²⁵.

2/ Méthodes actuarielles

Les outils actuariels sont des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative, statique, de risque (table actuarielle), s'appliquant à des circonstances données (définies généralement) et à une période donnée. Les variables considérées sont appelées statiques et regroupent les éléments démographiques et ceux liés à l'histoire de la personne. Par définition étant inscrits dans la trajectoire du sujet, elles sont peu modifiables et figent en quelque sorte le pronostic.

Leur utilisation s'est faite très tôt, en criminologie, aux Etats-Unis. Ainsi dès 1928, Ernest W. Burgess a suivi 3000 libérés sous condition et a identifié 22 paramètres, pour distinguer ceux qui réussiraient à éviter la récidive, de ceux qui récidiveraient. Une première application pratique à l'échelle d'un Etat est démarrée, par E Ohlin¹²⁶, élève de Burgess, qui met au point un modèle opérationnel.

L'élaboration d'un outil actuariel se base sur des recherches dites « empiriques », de type longitudinal, portant sur des facteurs de passage à l'acte¹²⁷.

Les variables ont été définies, principalement, suite aux travaux menés par Hall¹²⁸. Il a défini à partir d'une revue exhaustive de la littérature, différentes variables qu'il a regroupées en trois catégories. Ces catégories fondent la plupart des approches actuarielles ou des critères formalisés dont on retrouve la pertinence clinique, indépendamment de leur utilisation dans des tables statistiques. Elles concernent la violence passée du sujet (violence subie et agie, antécédents d'abus, âge de début de la délinquance...), les éléments qui vont renforcer le comportement violent (marginalité, statut socio-économique, impulsivité...), les stimuli capables de déclencher la violence (utilisation de toxiques, symptômes psychiatriques aigus...).

Ces variables ont été validées et répliquées, définissant ainsi leur critère de fiabilité scientifique. L'évaluation actuarielle repose donc sur des facteurs stables, statiques et prédéfinis. Les échelles actuarielles sont habituellement construites sur la base d'un large échantillon de sujets ayant déjà commis des actes antisociaux. Après avoir relevé le maximum de variables, on détermine par régressions statistiques successives quels sont les facteurs ayant pu jouer un rôle dans la récidive, et on calcule le poids relatif de chaque variable. Il est ensuite possible de définir des groupes de sujets en fonction de leur score et de calculer le taux de récidive pour chaque groupe.

¹²⁴ SAVRY Structured Assessment of Violent Risk in Youth

¹²⁵ Hureau J. (sous la direction de), Olié J.P., Archambault J. C. (rapporteurs) Evaluation de la Dangerosité psychiatrique et criminologique Rapport-Recommandations

¹²⁶ Herzog-Evans M., *Ibid* p 35

¹²⁷ Voyer M., *Ibid* p 43

¹²⁸ Hall H. V., Predicting dangerousness for the courts, *Am. J. Forensic Psychiatry*, 1984; 5 (2): 77-96

Il existe deux types d'évaluation actuarielle¹²⁹ :

- L'utilisation actuarielle de tests psychologiques particuliers : ces tests ont été élaborés pour rendre plus opérationnels certains concepts psychologiques. Ainsi, par exemple, plusieurs études ont établi que l'évaluation des traits de personnalité psychopathique permettait d'améliorer la prédiction de la récidive criminelle à l'âge adulte, comme la PCL-SV ou la PCL-R¹³⁰.
- Les instruments actuariels d'évaluation du risque : il s'agit d'instruments purement algorithmiques, valables pour une population donnée, pour un risque donné et dans une période donnée. Le principal instrument actuariel d'évaluation du risque est le VRAG¹³¹.

Il existe également l'ICT¹³² ou COVR¹³³. D'autres instruments permettant une évaluation plus rapide ont été mis au point, ils sont utilisés à la sortie de l'hospitalisation ou en milieu hospitalier. Ce sont : la VSC¹³⁴, le dépistage rapide de Hartvig, l'instrument de Wooton, la V-RISK-10¹³⁵, et la M-55¹³⁶. Certaines de ces échelles sont détaillées dans l'annexe D.

Il existe des échelles construites plus spécifiquement pour évaluer le risque de récidive d'une infraction de nature sexuelle, telles que le SORAG¹³⁷, le RRASOR¹³⁸, le Statique-99 et 2000, ou le MnSOST-R¹³⁹. Pour les mineurs, il existe des échelles spécifiques ou adaptées telles que la PCL-R YV¹⁴⁰.

Les premiers outils actuariels dits de « deuxième génération » étaient relativement simples et s'appuyaient sur des items purement statiques. Ils devraient être suivis pas des outils de troisième puis de quatrième génération, qui intégreront des facteurs dynamiques¹⁴¹. Le plus connu des outils actuariels de troisième génération est le LSI-R¹⁴², le VRS-SO¹⁴³ ou encore le VRS-2¹⁴⁴.

Par exemple le LSI-R se compose de 54 items structurés autour de 10 subdivisions. La plupart des facteurs retenus sont d'ailleurs dynamiques. L'évaluateur attribue des scores à chaque item, puis établit un score total. L'objectif de cet outil est de proposer un outil actuariel complet, qui n'omet pas d'items significatifs et avec le double objectif d'évaluer le risque de commission de nouveaux faits et d'évaluer les besoins précis de traitement et ainsi de les cibler et les adapter à l'intéressé.

¹²⁹ Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à M Jean-Paul Garraud, *Ibid* p 23

¹³⁰ PCL-SV et PCL-R Psychopathy CheckList – Short Version et Psychopathy Check List-Revised

¹³¹ VRAG Violent Risk Appraising Guide

¹³² ICT Iterative Classification Tree

¹³³ COVR Classification of Violence Risk

¹³⁴ VSC Violence Screening Checklist

¹³⁵ V-RISK-10 Violence Risk Screening

¹³⁶ M-55 cf Annexe D

¹³⁷ SORAG Sex Offender Risk Appraisal Guide

¹³⁸ RRASOR Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism

¹³⁹ MnSOST Minnesota Sex Offender Tool Revised

¹⁴⁰ PCL-R YV Psychopathy Check list Youth Version

¹⁴¹ Herzog-Evans M., *Ibid* p 35

¹⁴² LSI-R Level of service Inventory-Revised

¹⁴³ VRS-SO Violence Risk Scale Sexual Offender

¹⁴⁴ VRS-2 Violence Risk scale

Néanmoins ces outils n'ont d'intérêt que si le suivi et le traitement, au plan national, reposent sur le même type de données acquises¹⁴⁵.

Un des avantages de ces outils standardisés est de susciter discussion et confrontation, et de permettre de rendre plus transparents les principes de base du processus de décision de l'expert pour répondre aux questions qui lui sont posées. Ils permettent enfin l'adoption d'un langage commun, et un meilleur usage des informations à disposition.

De façon générale, ces méthodes se veulent transparentes dans leur conception et leur construction, et empiriquement validées. On doit cependant garder à l'esprit que la précision atteinte dans l'échantillon ayant servi à l'élaboration n'est en aucun cas garantie lors de son utilisation pour l'évaluation d'autres sujets, provenant de populations différant de l'échantillon d'origine, par exemple avec un taux de base de violence différent, pour ne citer que cette variable.

Conclusion

Nous venons de voir que l'évaluation de la dangerosité dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale est issue d'une longue évolution historique qui a pendant longtemps, rapproché Justice et Psychiatrie. Elle est actuellement l'enjeu de débats politiques et médiatiques qui n'hésitent pas à remettre en question le choix des experts et leurs méthodes. L'article suivant cette partie théorique nous permet de dresser un tableau des pratiques françaises actuelles et de nous interroger sur leur pertinence.

¹⁴⁵ Niveau G, Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive, Ed l'Harmattan, 2011

Partie 2 Article

L'Evaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale

Résumé

Contexte L'évaluation de la dangerosité est devenue peu à peu l'enjeu central des expertises psychiatriques pénales. Cette évaluation initialement réalisée au cours d'un entretien clinique non structuré s'est vue remise en cause. On lui reproche de ne pas être assez fiable, surestimant le risque de dangerosité réel, avec une fidélité inter-juges insuffisante. Pour pallier ses défauts, des auteurs anglo-saxons essentiellement, ont mis au point des outils standardisés : échelles actuarielles et guides d'entretien semi-structurés ou structurés. Ces outils semblent être, jusqu'à présent, très peu utilisés en France.

Objectif Cette étude a pour but de constater s'il y a eu une évolution des pratiques depuis 2000, concernant l'évaluation de la dangerosité dans le cadre expertal et notamment dans quelles proportions sont employées les méthodes standardisées. Nous avons également exploré certaines des raisons invoquées par les experts pour justifier leur pratique.

Méthode Il s'agit d'une étude transversale, prospective. Nous avons envoyé un questionnaire (soit en format papier, soit sous format électronique) à l'ensemble des experts exerçant en Métropole soit 465 experts au total. Nous avons reçu 139 questionnaires exploitables, sur 465 experts sollicités.

Résultats Nous avons observé une évolution des pratiques avec une émergence de l'utilisation des méthodes par rapport à 2000. Les résultats principaux sont : **32,4% (n=45) des experts utilisent au moins un guide d'entretien semi-structuré ou structuré et 23,7% (n=33) des experts français utilisent au moins une échelle actuarielle en pratique courante. 59,7% (n=83) des experts utilisent au moins une classification internationale.** L'entretien clinique reste utilisé par la quasi-totalité des experts français. Les raisons principales évoquées par les experts pour justifier l'absence d'utilisation des méthodes standardisées sont l'absence de pertinence de ces méthodes et les contraintes techniques liées à leur utilisation. Il semblerait que la formation des experts ait un impact important sur les pratiques des experts.

Conclusion Les pratiques des experts ont évolué lors des 10 dernières années. Il semblerait qu'une des perspectives d'amélioration réside dans l'emploi raisonné de méthodes standardisées plus performantes, intégrées à un entretien clinique laissant toute sa place au clinicien. Les questionnaires les plus pertinents sont les guides d'entretien structurés, en particulier la HCR-20.

Mots Clés expertise psychiatrique pénale, dangerosité, évaluation, méthodes actuarielles, guides d'entretien semi-structurés

Introduction

« Dans la mosaïque de l'expertise judiciaire, la psychiatrie occupe une place particulièrement sensible, soumise à de multiples critiques, souvent contradictoires : omniprésence de l'expertise psychiatrique mais manque démographique d'experts psychiatres, pouvoir sur la décision des juges qui suscite la crainte d'une psychologisation de la justice mais grande faillibilité par rapport à l'expertise en général »¹.

Si les méthodes d'évaluation et la clinique se sont affinées et ont évolué, le débat concernant la responsabilité des malades mentaux et leur dangerosité est ancien, et semble avoir marqué voire même contribué aux débuts de la psychiatrie comme discipline médicale. Lorsqu'on retrace l'histoire de la psychiatrie², elle semble toujours étroitement liée aux évolutions du droit, notamment lorsqu'on lui demande d'être ou qu'elle se pose elle-même, comme partenaire indispensable à la régulation de l'ordre public.

Pinel et Esquirol apparaissent comme des figures incontournables et fondamentales non seulement de la clinique psychiatrique mais aussi de ses aspects médico-légaux.

Le Code pénal de 1810 et la loi de 1838 vont s'articuler ensemble pour réguler d'une part les malades mentaux criminels et les distinguer de l'ensemble des criminels ne relevant pas de soins psychiatriques et d'autre part pour rationaliser les soins proposés à l'ensemble de la population des « fous ».

Avec l'apparition de la notion de libre arbitre en 1810, dans le droit pénal, la responsabilité du criminel est examinée sous un autre jour. Si certains semblent être privés de ce libre « arbitre » leur responsabilité semble pouvoir être alors dégagee. La psychiatrie est élevée à ce moment au rang de discipline médicale, la folie n'étant plus considérée comme un châtement divin, mais comme une pathologie. Les « déments » et les « fous » retrouvent un statut d'humains et nécessitent des soins adaptés à leurs maladies et non plus un enfermement sans discernement ou distinction. La folie est devenue l'objet d'un savoir médical. Le juge ne peut plus prononcer, selon son seul bon sens, la présence ou non d'une maladie mentale, et a donc besoin de l'éclairage d'un « expert ». Le psychiatre est alors invité, au sein du procès comme seul « sachant », à distinguer le « fou-criminel » du criminel responsable. L'article 64 en est la traduction directe dans le Code Pénal.

A la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, la nosographie psychiatrique va évoluer. Si jusqu'alors le sujet pouvait être fou ou non au moment de son acte dans une dichotomie très stricte, la notion de « *semi-responsabilité des semi-aliénés* » va désormais émerger, dont le principe a été posé par la circulaire Chaumié de 1905. Le concept de « *monomanie homicide* » va être remis en cause, et de nouvelles classifications, avec de nouvelles entités cliniques vont voir le jour.

¹ Dietz P. E. , Why the experts Disagree: variations in the Psychiatric Evaluation of Criminal Insanity, *Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 1985, 477, 84-95

²Lanteri Laura, Perspective historique in, Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Agression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

En parallèle de cette évolution de la psychiatrie, naît une discipline nommée criminologie pour se distinguer de l'anthropologie criminelle. Deux écoles vont s'opposer: les positivistes italiens dont les chefs de file sont Lombroso et Garofalo et les jusnaturalistes menés par Beccaria. Les premiers prônent une sanction qui se défait de la notion de responsabilité, seules les conséquences pour l'ordre social important, quitte à prendre des mesures d'exclusion envers les malades mentaux dangereux. Les seconds placent au cœur de leur réflexion le libre arbitre et proposent une peine qui permette la prise de conscience et la resocialisation du délinquant. Les théories positivistes vont être reprises par différentes écoles européennes et leurs théories de défense sociale. La figure de l'homme dangereux devient un enjeu central, il doit être reconnu et neutralisé à défaut de pouvoir être réhabilité.

Dans les années 70, l'utilisation des neuroleptiques depuis une vingtaine d'années et le mouvement de désinstitutionnalisation vont contribuer à déstigmatiser un temps les personnes souffrant de troubles mentaux, et permettre leur réintégration dans la Cité.

Le concept de dangerosité va reprendre de son acuité dans les années 80, dans un contexte d'insécurité financière et sociale. Le « *fou-criminel* » est à nouveau pointé du doigt, les Etats répondent par des lois « *sécuritaires* » de plus en plus démonstratives. C'est le temps de la « *tolérance zéro* ». En parallèle, Monahan³ soulève la question de la fiabilité du seul entretien clinique pour évaluer la dangerosité et va aller jusqu'à démontrer que l'expert n'est pas plus performant que le simple hasard dans la prédiction de la dangerosité.

Pour répondre à ces exigences changeantes, de nouvelles méthodes standardisées ont été étudiées et mises au point initialement aux Etats-Unis puis se sont étendues aux autres pays anglo-saxons et à l'Europe. On peut regrouper ces outils en deux grandes catégories: les méthodes issues de l'entretien clinique, qui sont souvent des questionnaires ou des guides d'entretien structurés ou semi-structurés et les méthodes dites actuarielles, qui sont elles des outils statiques, se basant sur une réflexion algorithmique. Ces dernières sont plus particulièrement l'objet de critique et de débat.

La France semble faire figure d'exception concernant l'utilisation des échelles actuarielles et demeure plus prudente vis-à-vis de ces méthodes. Cette démarcation par rapport aux autres pays est mise en évidence dans une étude menée par Dominique Giovanangeli, Jean-Philippe Cornet et Christian Mormont de l'Université de Liège, en septembre 2000⁴, qui compare l'utilisation, dans chacun des 15 pays de l'Union européenne, des méthodes et des techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. Les auteurs ont interrogé quelques professionnels représentatifs de chaque pays européen sur leur pratique concernant l'évaluation de la dangerosité. Cette étude permet de mettre en évidence une certaine disparité au sein des pays européens. La France se

³ Monahan J. "Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques". In: Sage, Monahan J, Stedman HJ, editors. *Violence and mental disorder: development in risk assessment*. University of Chicago Press;1996

⁴ Giovanangeli D., *et al*, Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé), Programme STOP de la Commission Européenne, Université de Liège, septembre 2000

distingue en particulier par l'absence totale d'utilisation d'outils actuariels alors que l'ensemble des autres pays en utilisent au moins à des fins de recherche ou en utilisation clinique courante. Les experts français se distinguent également par une utilisation plus importante que leurs confrères européens, de guides d'entretien semi-structurés qui restent globalement peu utilisés en Europe. En revanche, la totalité des pays européens continuent à accorder une part importante à l'entretien clinique dans leur processus décisionnel.

Près de 13 ans après cette étude qu'en est-il dans le paysage expertal français?

Ce travail a pour objectif les deux points suivants.

D'une part, nous nous sommes interrogés sur une évolution possible des pratiques françaises depuis 2000 et nous avons cherché à établir dans quelles proportions sont désormais utilisées les méthodes standardisées.

D'autre part, nous avons cherché à comprendre quels sont les arguments employés par les experts pour justifier leur pratique, et leur utilisation préférentielle pour l'entretien clinique seul.

A/ Matériels et méthodes

1/ Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, prospective, dans laquelle nous questionnons les experts psychiatres français sur leur pratique habituelle dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale. Nous nous sommes concentrés principalement sur les méthodes concernant l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de cette activité.

A cet effet, nous avons envoyé un questionnaire (Annexe A) soit sous format électronique (questionnaire à remplir en ligne) pour les experts dont nous avons l'adresse e mail ; soit sous format papier, par courrier postal, pour les autres.

Le questionnaire se compose de neuf questions principales, certaines se subdivisant en sous parties, mêlant des questions avec des réponses fermées, des listes d'items à cocher et des questions à réponse ouverte courte.

Nous avons opté pour l'utilisation de questions fermées qui nous ont permis un recueil fiable et rapide de réponses facilement analysables. Les réponses ouvertes, elles, nous permettent d'obtenir des réponses plus diversifiées et plus représentatives de l'opinion des experts.

Les premiers items permettent le recueil des données sociodémographiques. L'ensemble des questions permet d'explorer les différentes étapes de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale : détermination d'un diagnostic, détermination des traits de personnalité, utilisation de tests projectifs, évaluation des aspects psycho criminologiques, détermination du risque de récidive, évaluation de la dangerosité

psychiatrique, évaluation de la dimension psychopathique, évaluation de l'impact des soins dans l'évolution de la dangerosité ou du risque de récidive, aspect spécifique aux mineurs.

Pour chaque étape, nous demandons aux experts s'ils utilisent un entretien clinique, une échelle actuarielle ou un questionnaire semi-structuré, en proposant les outils les plus courants retrouvés dans la littérature. En cas d'absence d'utilisation de ces derniers, nous proposons différents arguments pouvant expliquer leur pratique, tout en leur permettant de proposer d'autres motifs dans une réponse courte rédigée.

Concernant l'entretien clinique pour explorer les aspects psycho-criminologiques, la dangerosité psychiatrique et l'impact des soins, nous proposons aux experts une liste d'éléments cliniques, en leur demandant de cocher ceux qu'ils recherchent dans leur pratique.

Nous avons utilisé le site Survey Monkey pour la réalisation et l'envoi du questionnaire en ligne.

2/ Echantillon

Critères d'inclusion

La population se compose de l'ensemble des experts psychiatres et pédopsychiatres, expertisant les détenus majeurs et mineurs, inscrits auprès des différentes Cours d'Appel, en métropole et Corse.

Nous avons récupéré leurs coordonnées électroniques ou postales via les listes d'experts auprès des Cours d'Appel, accessibles sur le site internet de la Cour de Cassation.

Ces listes ont été mises à jour début 2013 pour les Cours d'Appel d'Aix en Provence, Angers, Bastia, Besançon, Bordeaux, Bourges, Caen, Chambéry, Colmar, Grenoble, Limoges, Lyon, Metz, Montpellier, Nancy, Nîmes, Orléans, Paris, Pau, Poitiers, Reims, Rennes, Riom, Rouen, Toulouse. Les cours d'Appel d'Agen, Amiens, Dijon, Douai, Versailles n'avaient pas encore mis à jour leur liste au moment où nous avons recueilli les coordonnées des experts.

Critères d'exclusion

Pour des raisons pratiques, nous n'avons pas inclus les experts des DOM-TOM et territoires d'Outre-Mer correspondant aux cours d'Appel de Basse-Terre, Fort de France, Nouméa, Papeete et Saint Denis la Réunion.

3/ Recueil des données

L'envoi des questionnaires et le recueil des réponses se sont faits du 2 mai 2013 au 30 juin 2013, pour les formats électroniques et papiers. Nous avons envoyé 3 fois le questionnaire en ligne, à 3 semaines d'intervalle, en ne re-sollicitant que les experts qui n'avaient pas déjà

répondu au questionnaire. En revanche, nous n'avons envoyé qu'une fois un exemplaire papier à l'ensemble des experts dont nous avons l'adresse postale.

Au total, nous avons envoyé le questionnaire à **465 experts**.

Sous format électronique :

Il a été envoyé en ligne à 315 experts. Le questionnaire a été rempli en entier par 93 experts, il a été rempli de façon incomplète par 20 experts. 40 questionnaires n'ont pas été remplis soit parce que l'adresse email était non valide, soit parce que l'expert s'était désabonné ou désinscrit du site. 162 experts n'ont pas répondu au questionnaire.

Sous format papier :

Le questionnaire a été envoyé par courrier postal à 150 experts. Nous avons reçu 46 questionnaires remplis de façon complète, 5 questionnaires étaient incomplets. 8 questionnaires nous ont été renvoyés soit parce que l'adresse était non valide, soit parce que le psychiatre ne réalisait plus d'expertise. 91 experts n'ont pas renvoyé de réponses.

Au total nous avons eu **139 questionnaires exploitables**, soit un taux de résultats exploitables de **29,9%**.

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour l'analyse des données. Pour analyser les réponses libres des experts aux questions ouvertes, nous avons regroupé les réponses par catégories nous paraissant les plus pertinentes. L'analyse des données statistiques a été réalisée selon un test d'indépendance du Chi-2 de Pearson, la validité des calculs a été vérifiée avec le logiciel Stata 12.

B/ Résultats

1/ Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

120 (86,3%) experts sont des hommes, 19 (13,7%) sont des femmes. L'âge moyen de la population était de 56 ans. La date moyenne de soutenance de la thèse en médecine était 1985. Les experts ont en moyenne débuté leur pratique expertale en 1996. 124 experts (89,2%) ont soutenu leur thèse avant 1998, 15 (10,8%) en 1998 ou après. 68 experts (48,9%) ont débuté une pratique expertale avant 1998, 71 (51,1%) après 1998. Les données socio démographiques de la population sont résumées dans le tableau 1.

Experts ayant soutenu leur thèse avant 1998	Experts ayant soutenu leur thèse pendant ou après 1998	Experts ayant débuté leur exercice expertal avant 1998	Experts ayant débuté leur exercice expertal pendant ou après 1998
Homme: 87,1%(n=108) Femme: 12,9% (n=16)	Homme: 80% (n=12) Femme: 20% (n=3)	Homme: 94,1% (n=64) Femme: 5,9% (n=4)	Homme: 78,8% (n=56) Femme: 21,1% (n=15)
Date moyenne : 1982	Date moyenne : 2002	Date moyenne : 1987	Date moyenne : 2004
Ecart type : 6,70	Ecart type : 3,51	Ecart type : 6,15	Ecart type : 4,24
Au total n= 124	Au total n = 15	Au total n = 68	Au total n = 71

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

2/ Résultats généraux

32,4% (n=45) des experts ayant répondu utilisent au moins un questionnaire semi-structuré (hors questionnaires semi structurés explorant les traits de personnalité) et **23,7% (n=33) des experts français utilisent au moins une échelle actuarielle** en pratique courante.

3/ Résultats par question

A la question: « Utilisez-vous une classification internationale pour déterminer s'il existe des anomalies psychiques ou mentales? »

59,7% (n=83) déclarent utiliser une classification internationale. La CIM⁵ est utilisée seule par 34,5% des experts ayant répondu (n= 48), le DSM⁶ est utilisé seul par 8,6% (n=12) des experts et 16,5% des experts (n= 23) utilisent les 2 classifications. 3,6% des experts (n=5) utilisent une autre classification soit en complément, soit à la place des deux citées précédemment. Il s'agit surtout de la classification française utilisée pour les enfants et adolescents mise au point par le Pr Misès (CFTMEA)⁷.

40,3% des experts (n=56) n'utilisent pas de classification internationale.

Concernant l'exploration des traits de personnalité:

La quasi-totalité des experts soit **97,8% (n=136) déclarent explorer les traits de personnalité** par un entretien clinique. Les experts n'explorant pas les traits de personnalité par un entretien libre donnent comme arguments : « parce que certains items doivent obligatoirement être explorés » et « structuration de l'entretien nécessaire ».

L'exploration des traits de personnalité au moyen de questionnaires semi-structurés est réalisée par **38,1% des experts (n=53).**

Lorsque les experts n'en utilisent pas, les réponses libres (n=51), données sont les suivantes:

⁵ CIM Classification Internationale des Maladies

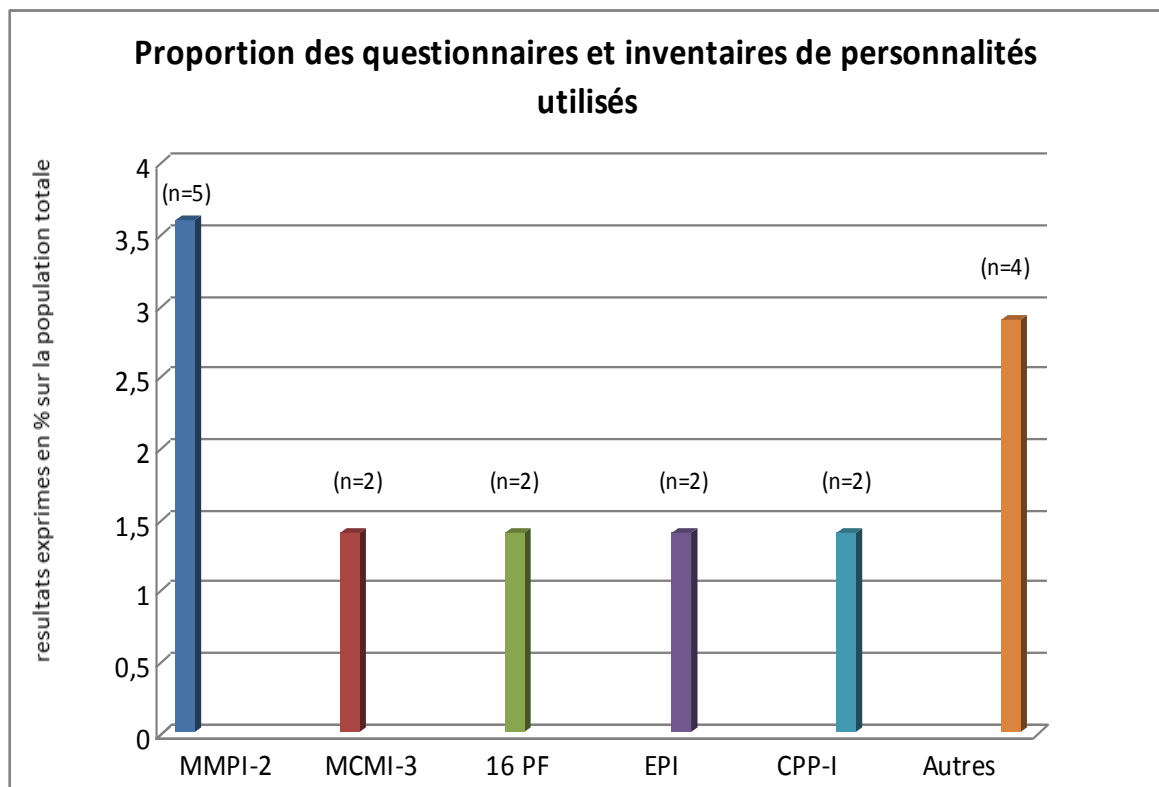
⁶ DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁷ CFTMEA Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence

- Utilisation préférentielle de la clinique: 13,7% (n=19)
- Absence d'intérêt ou pas de bénéfice supplémentaire par rapport à l'entretien clinique seul: 5% (n=7)
- N'entre pas dans les habitudes de l'expert: 6,5% (n=9)
- Contraintes techniques (temps, etc.): 5,8% (n=8)
- Absence d'outils adaptés: 1,4% (n=2)
- Absence de formation à ces outils: 1,4% (n=2)
- Autres: 2,9% (n=4)

6,5% des experts (n=9) utilisent au moins un questionnaire et inventaire de personnalités.

Les questionnaires et inventaires de personnalités utilisés sont le MMPI-2⁸, le MCMI-3⁹, le 16PF¹⁰, l'EPI¹¹, le CPP-I¹². Leur répartition est exposée dans le graphique 1.



Graphique 1 : Proportion des questionnaires et inventaires de personnalités utilisés

⁸ MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory

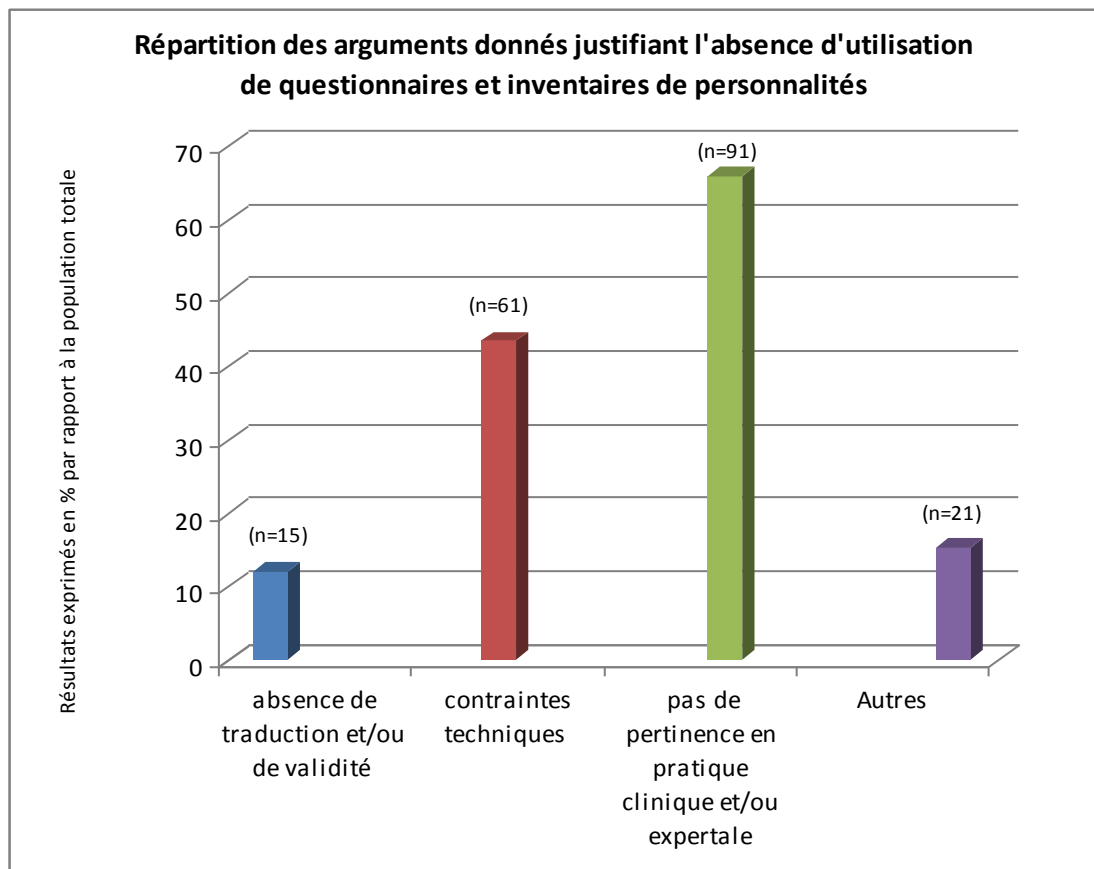
⁹ MCMI-3 Millon Clinical Multi axial Inventory

¹⁰ 16 PF 16 Personality Factors

¹¹ EPI Eysenck Personality Inventory

¹² CPP-I Inventaire de Personnalité de L. V. Gordon

Les experts qui n'utilisent pas ces questionnaires et inventaires donnent les arguments présentés dans le graphique 2.



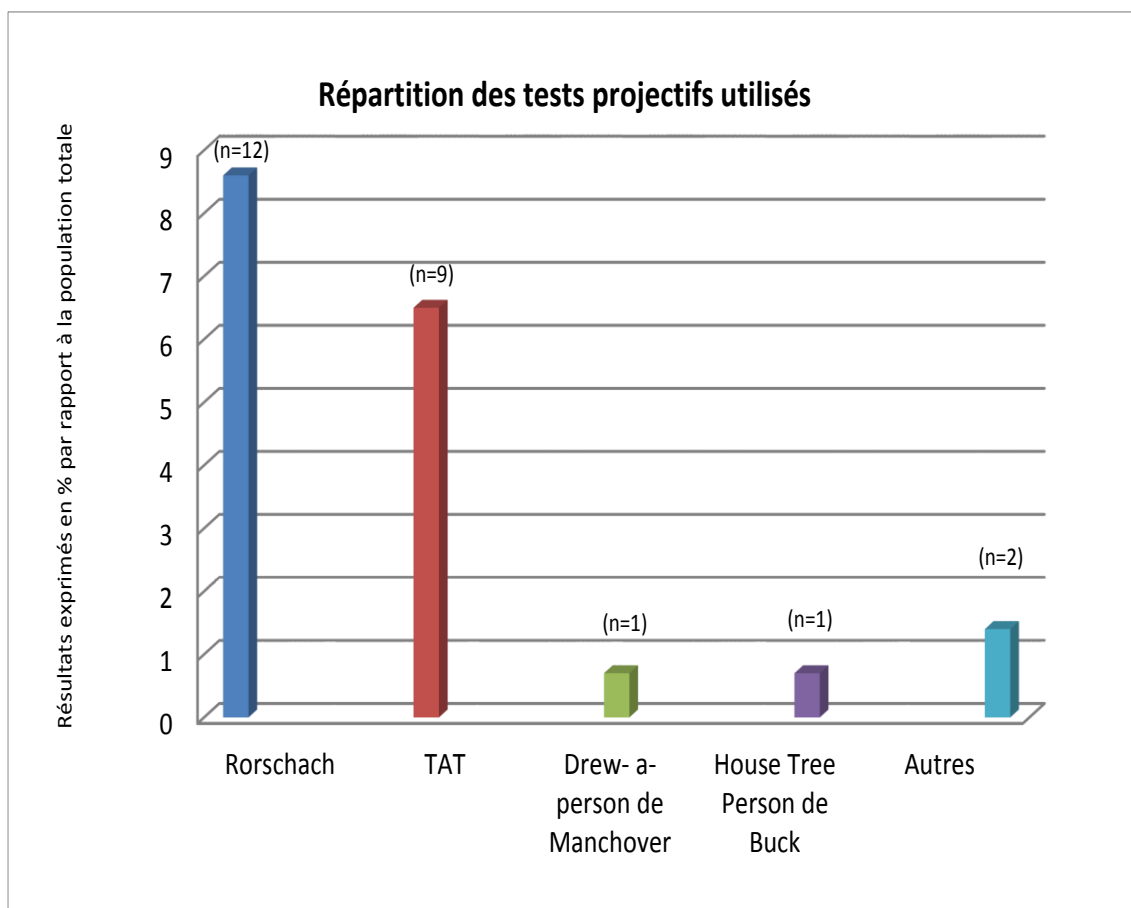
Graphique 2 : Répartition des arguments donnés justifiant l'absence d'utilisation de questionnaires et inventaires de personnalités

Les experts donnent les réponses libres suivantes (exprimées dans « Autres »):

- Préfèrent laisser un psychologue faire cette évaluation : 2,2% (n=3)
- Contraintes techniques (temps, etc...): 2,2% (n=3)
- Préfèrent l'utilisation d'un entretien clinique: 3,6% (n=5)
- Manque de formation à l'utilisation de ces outils: 3,6% (n=5)
- Manque d'intérêt de ces outils: 2,2% (n=3)
- Divers: 1,4% (n=2)

Concernant l'utilisation de tests projectifs

10,8% (n=15) des experts utilisent au moins un test projectif. Les tests utilisés sont : le test de Rorschach, le TAT¹³, le Drew-a-person de Manchover, le House-Tree-Person de Buck.



Graphique 3 : Répartition des tests projectifs utilisés

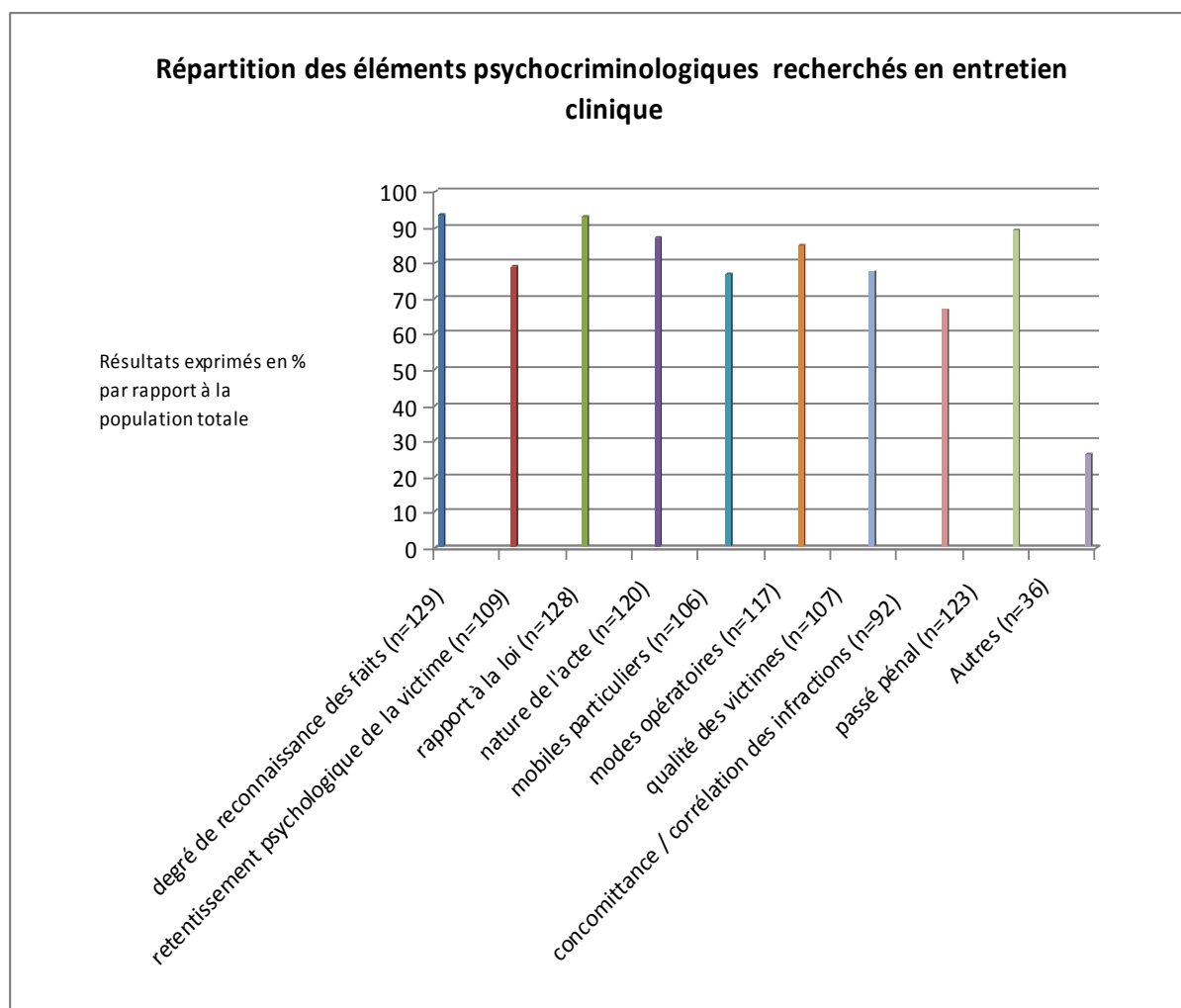
Parmi les autres tests utilisés cités par les experts, nous retrouvons le test Zullifer et le test projectif «Patte Noire» utilisé pour les enfants.

¹³ TAT Thematic Apperception Test

Concernant l'exploration des traits psycho criminologiques :

L'exploration des éléments psycho criminologiques est réalisée par un entretien clinique par un grand nombre d'experts soit **97,8%** de la population étudiée (n=136).

Les éléments cliniques recherchés par les experts en entretien clinique se répartissent comme indiqué au graphique 4.



Graphique 4 : Répartition des éléments psycho-criminologiques recherchés en entretien clinique

18,7% (n=26) des experts ayant répondu utilisent un questionnaire semi structuré pour explorer les éléments psycho criminologiques. Lorsqu'ils en utilisent un, 8,6% (n=12) utilisent le QICPAAS¹⁴ et 10,8% (n=15) un questionnaire semi structuré autre que le QICPAAS, ou l'utilisent en plus du QICPAAS. Parmi les autres questionnaires cités par les experts on retrouve: le « CECA¹⁵, le questionnaire de Dittman, l'échelle de psychopathie de Hare, le Risk for Sexual violence protocol, la HCR¹⁶, la Stable 2007, la Statique-99, la VRAG¹⁷, le SORAG¹⁸, le guide d'entretien d'Aubut¹⁹».

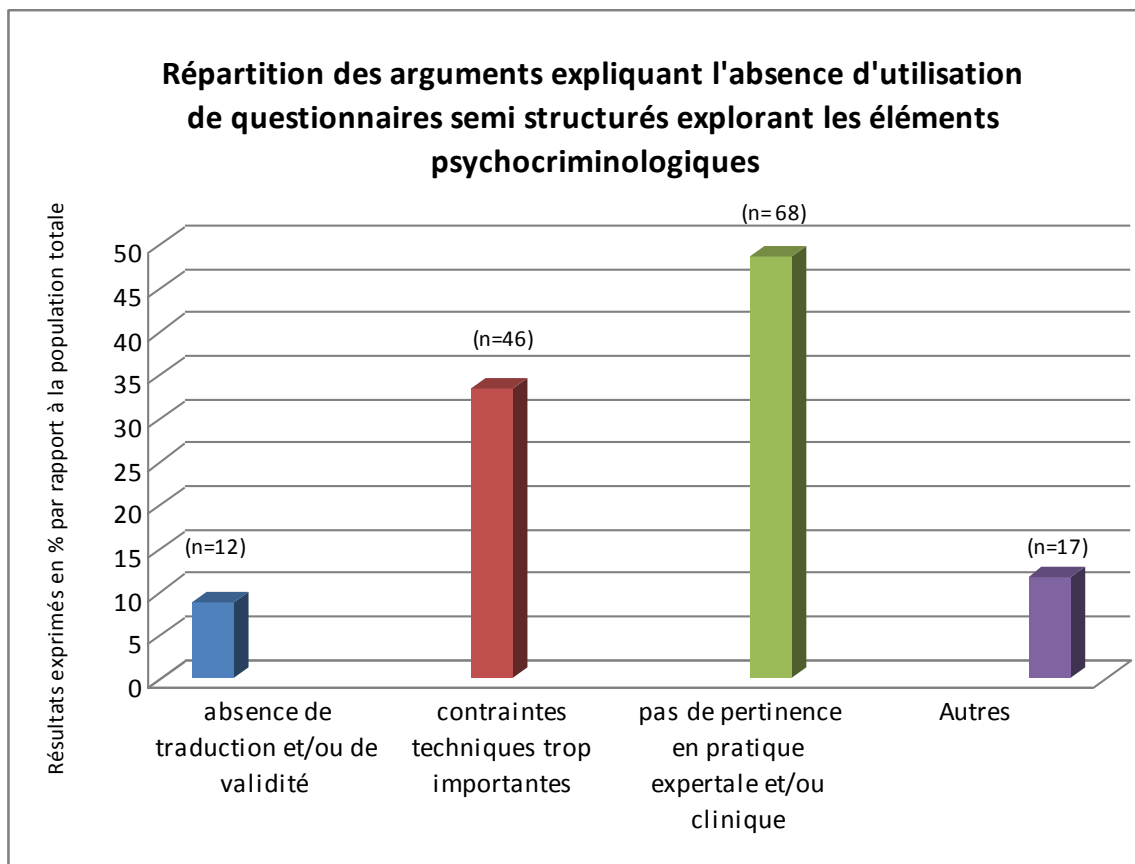
¹⁴ QICPAAS Questionnaire d'Investigation Clinique Pour Auteurs d'Agression Sexuelle

¹⁵ CECA Childhood Experience of Care an Abuse

¹⁶ HCR Historical Clinical Risk

¹⁷ VRAG Violence Risk Appraising Guide

Lorsqu'ils n'en utilisent pas, les arguments avancés se répartissent comme indiqués dans le graphique 5.



Graphique 5 : Répartition des arguments expliquant l'absence d'utilisation de questionnaires semi-structurés explorant les éléments psycho-criminologiques

Les arguments « Autres » rapportés par les experts sont :

- Manque de formation à l'utilisation de ces outils : 3,6% (n=5)
- Manque d'intérêt de ces outils : 3,6% (n=5)
- Manque d'habitude: 1,4% (n=2)
- Préfèrent utiliser un entretien clinique: 2,2% (n=3)
- Divers: 1,4% (n=2)

¹⁸ SORAG Sex Offender Risk Appraisal Guide

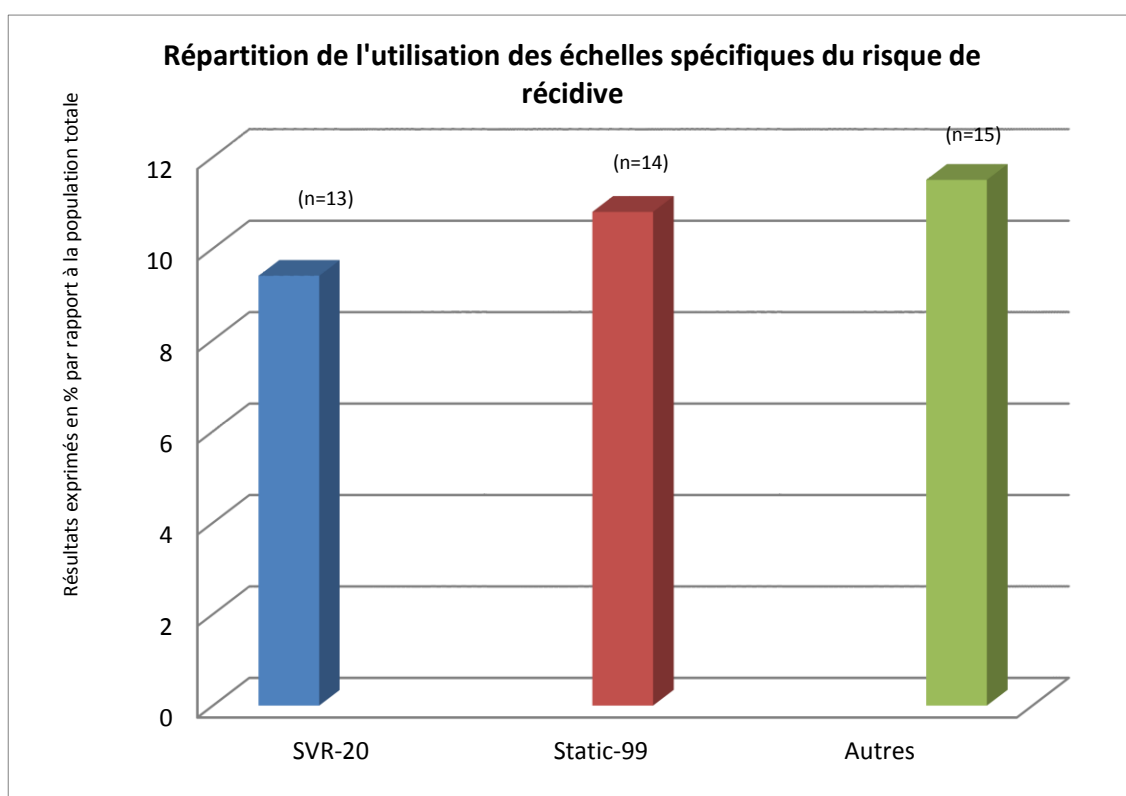
¹⁹ Aubut J. Les agresseurs sexuels. Paris: Maloine; 1993.

Concernant l'exploration du risque de récurrence:

97,1% (n=135) des experts ayant répondu évaluent le risque de récurrence **par un entretien clinique**.

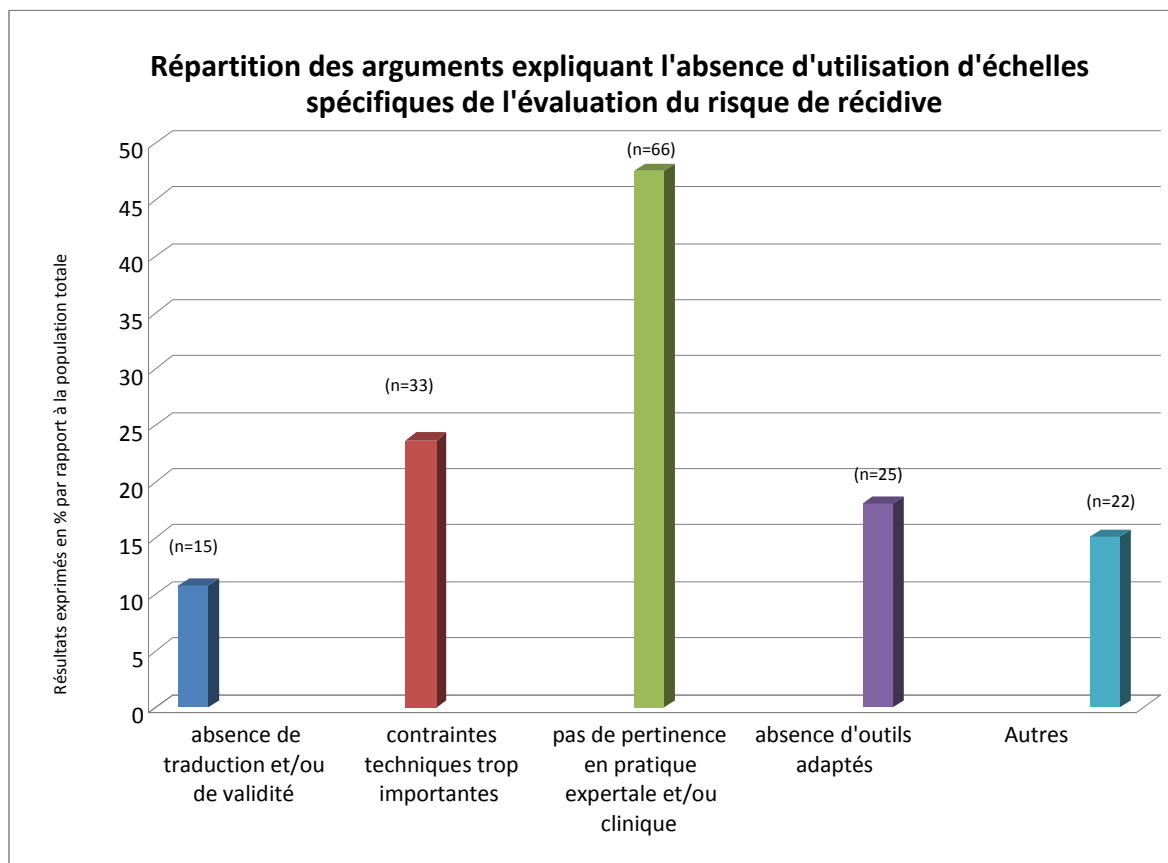
17,3% (n=24) utilisent une échelle actuarielle ou un **guide d'entretien spécifique** de l'exploration du risque de récurrence et **82,7% (n= 115) n'en utilisent pas**.

La répartition des échelles spécifiques du risque de récurrence utilisées est indiquée dans le graphique 6.



Graphique 6 : Répartition de l'utilisation des échelles spécifiques du risque de récurrence

Les autres échelles utilisées en plus du SVR-20 sont : « HCR, VRAG, SORAG, PCL Hare²⁰, ERASOR²¹, CATS²², Stable/aigu, SAPROF²³, Risk for Sexual Violence Protocol ». Les experts n'utilisant pas ce type d'échelle justifient leur pratique comme indiqué dans le graphique 7.



Graphique 7 : Répartition des arguments expliquant l'absence d'utilisation d'échelles spécifiques de l'évaluation du risque de récidive

²⁰ PCL Psychopathy CheckList

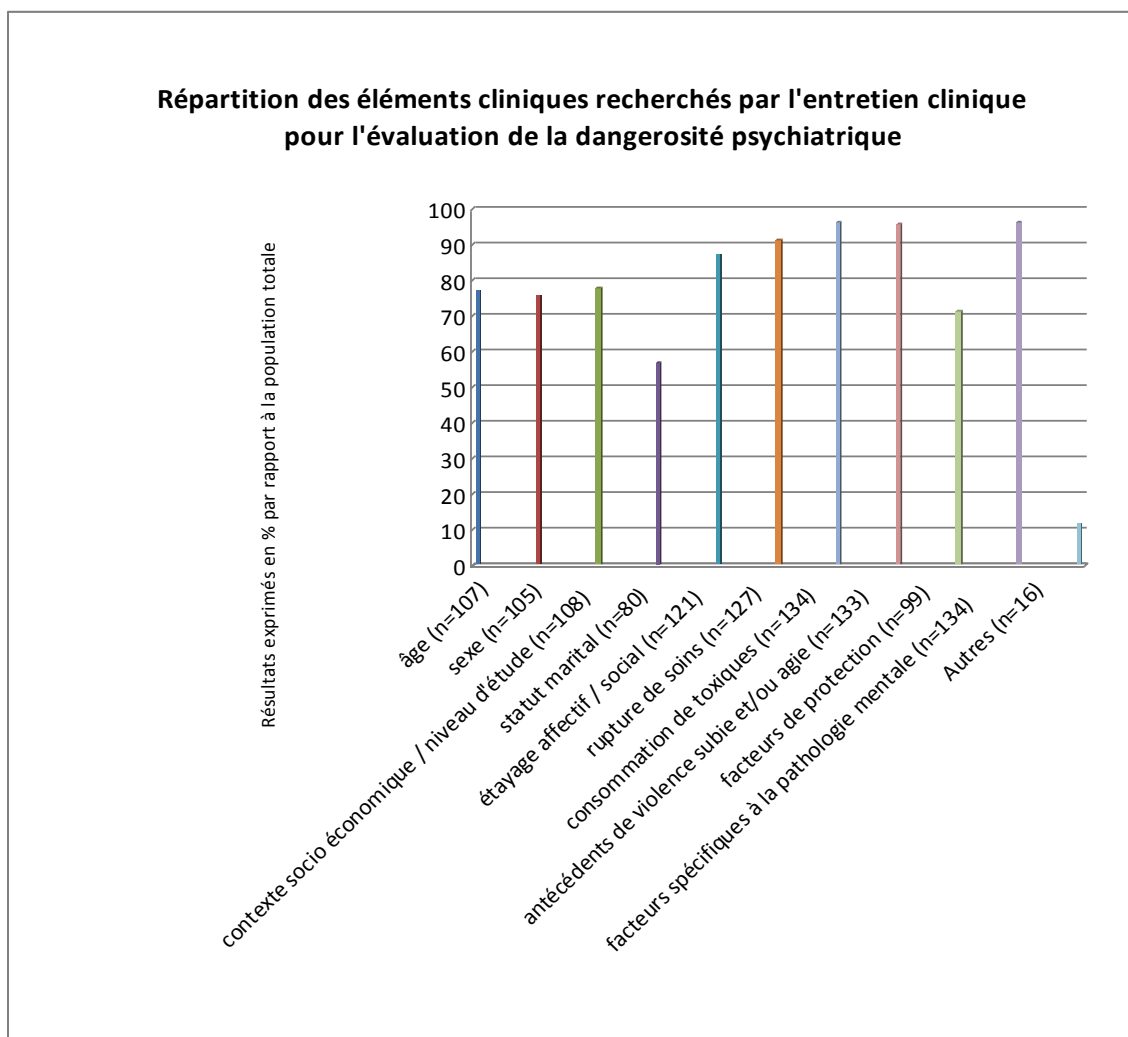
²¹ ERASOR Estimate of Risk Adolescent Sexual Offence Recidivism

²² CATS échelle non retrouvée dans la littérature

²³ SAPROF Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk

Concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique:

La totalité des experts ayant répondu explorent la dangerosité par un entretien clinique. Les éléments cliniques explorés se répartissent comme indiqué dans le graphique 8.

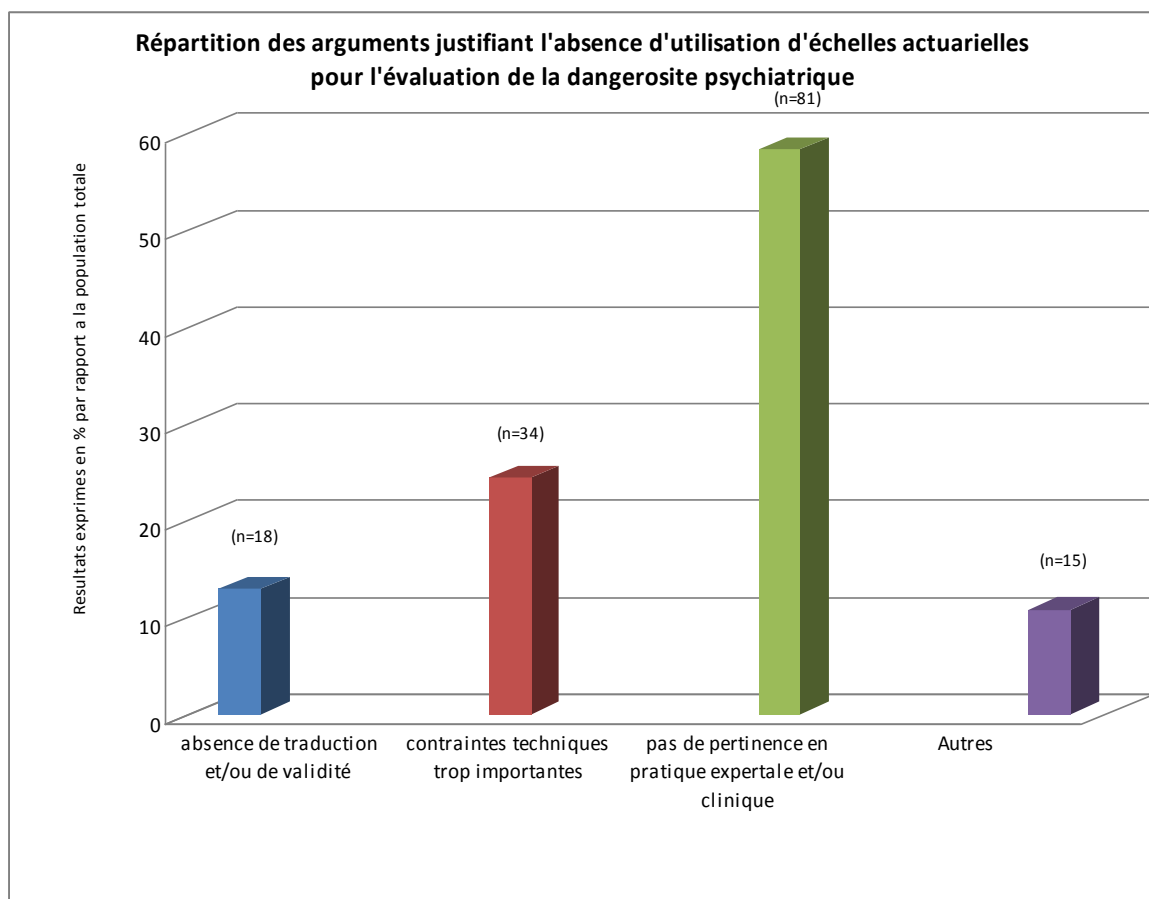


Graphique 8 : Répartition des éléments cliniques recherchés par l'entretien clinique pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique

13 % (n=18) des experts ayant répondu au questionnaire utilisent une échelle actuarielle pour explorer la **dangerosité psychiatrique**. 10,1% (n=14) des experts utilisent la VRAG, 1 seul expert utilise l'ICT²⁴, et 6,5% (n=9) utilisent une autre échelle que celles citées précédemment ou les utilisent en plus de la VRAG et de l'ICT.

Les arguments émis par les experts qui n'utilisent pas ce type d'échelle, pour expliquer leur pratique, se répartissent de la manière suivante comme indiqué dans le graphique 9.

²⁴ ICT Iterative Classification Tree



Graphique 9 : Répartition des arguments justifiant l'absence d'utilisation d'échelles actuarielles pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique

Parmi les arguments «Autres», les experts rapportent les réponses suivantes :

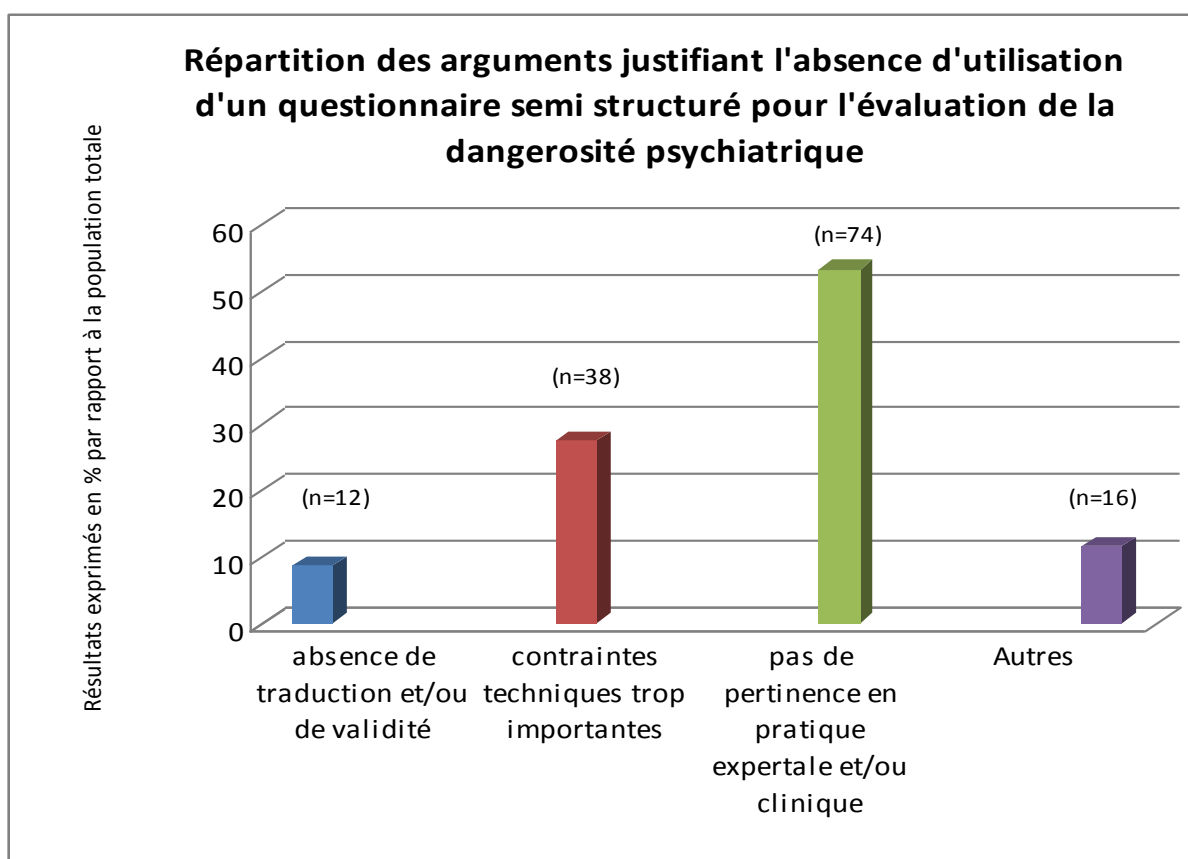
- Manque de formation spécifique pour l'utilisation de ces outils: 2,9% (n=4)
- Contraintes de passation trop importantes: 2,2% (n=3)
- Préférence pour la clinique: 2,2% (n=3)
- Divers: 3,6% (n=5)

24,5% (n=34) des experts ayant répondu utilisent un questionnaire d'entretien semi structuré pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique. 18% (n=25) des experts utilisent la HCR-20, et 2,9% (n=4) utilisent l'échelle de Dittman. 5 des experts ayant répondu « oui » ne précisent pas quels outils semis-structurés ils utilisent.

Les experts n'utilisant pas ces échelles justifient leur pratique comme indiqué dans le graphique 10.

Les experts donnent comme réponses libres :

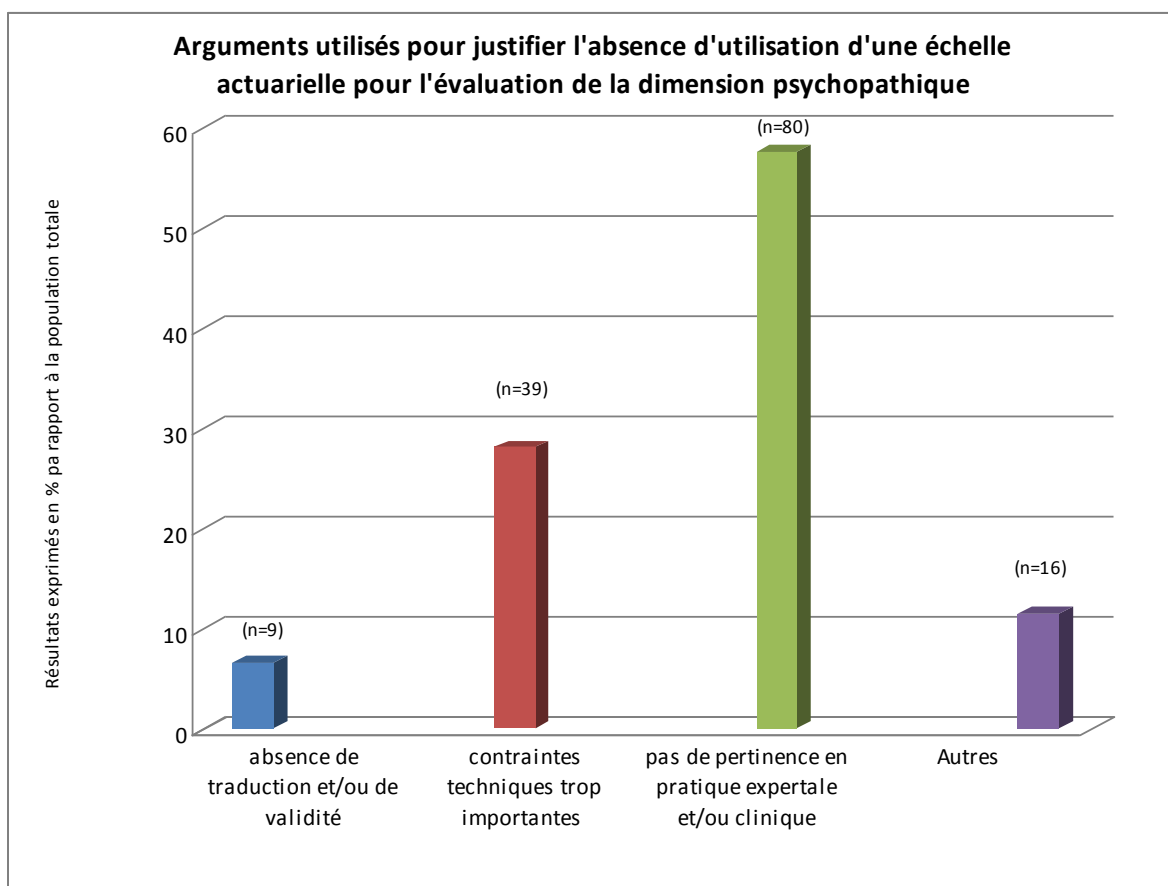
- Manque d'habitude et/ou manque de formation: 5% (n=7)
- Préférence pour l'utilisation d'un entretien clinique: 2,1% (n=3)
- Divers: 4,3% (n=6)



Graphique 10 : Répartition des arguments justifiant l'absence d'utilisation d'un questionnaire semi structuré pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique

Concernant l'exploration de la dimension psychopathique :

A l'exception d'un expert, la totalité des experts (n=138) explorent cette dimension au décours de leur entretien clinique. **17,3% des experts (n=24) utilisent une échelle de type actuarielle.** Lorsqu'ils en utilisent une, ils utilisent à 15,1% (n=21) la PCL-R, 3 experts utilisant une autre échelle que cette dernière. Les échelles citées sont la CATS pour les adolescents et l'échelle de Hare. Les arguments avancés par les experts qui n'utilisent pas ce type d'échelle sont résumés dans le graphique 11.



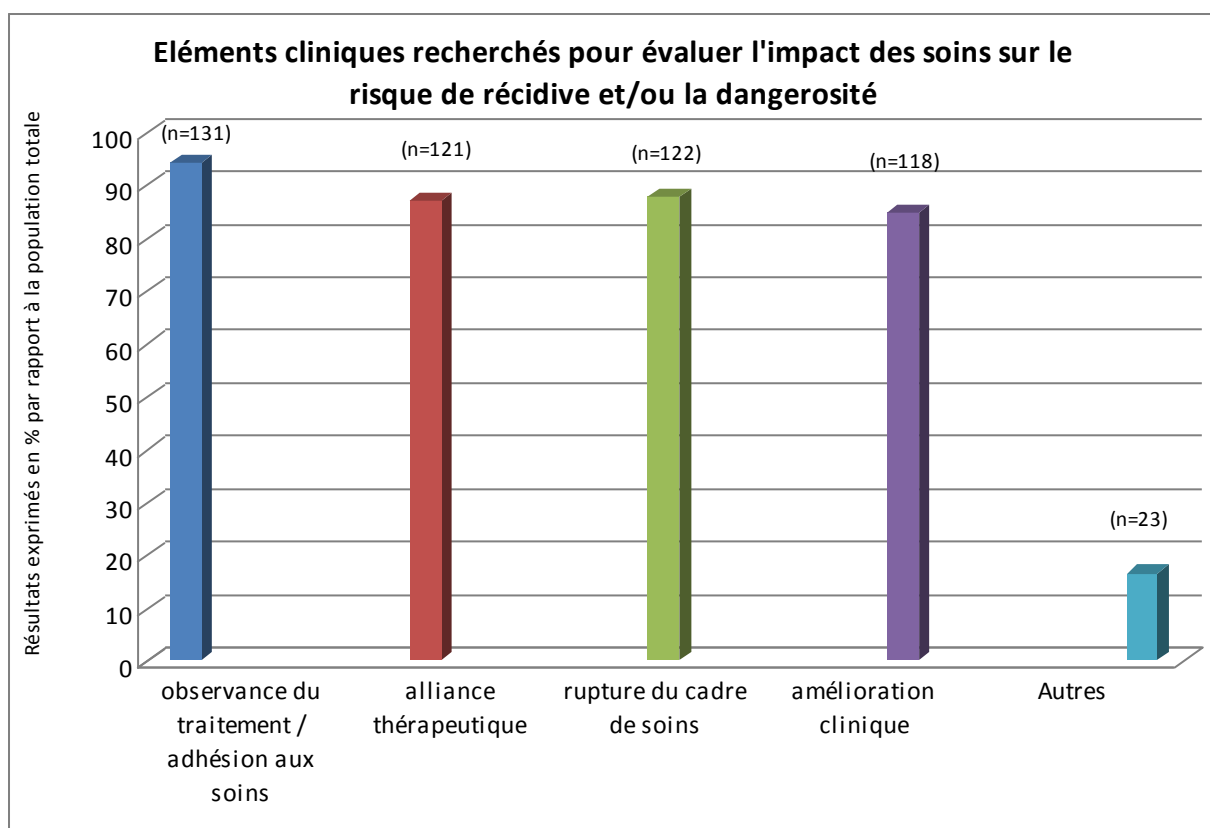
Graphique 11 : Arguments utilisés pour justifier l'absence d'utilisation d'une échelle actuarielle pour l'évaluation de la dimension psychopathique

Concernant l'évaluation de l'impact des soins sur l'évolution du risque de récidive et/ou de dangerosité:

La plus grande majorité des experts, soit **98,6% (n=137)** l'évaluent au cours d'un **entretien clinique**. Les éléments recherchés sont représentés dans le graphique 12.

Les experts recherchent les arguments suivants, en plus de ceux proposés :

- Des éléments en lien avec le soin et le traitement : 5% (n=7)
- Des éléments explorant l'insight : 3,6% (n=5)
- Des éléments en lien avec la qualité du tissu social et familial : 2,1% (n=3)
- Des éléments explorant les co-morbidités addictives : 1,4% (n=2)
- Divers: 4,3% (n=6)



Graphique 12 : Eléments cliniques recherchés pour évaluer l'impact des soins sur le risque de récurrence et/ou la dangerosité

Seuls 5 experts utilisent une **échelle spécifique d'évaluation d'impact des soins, soit 3,6% de la population totale**. Un expert utilise la VIAOT²⁵, 3 utilisent l'IMPC²⁶ (2,2%), 4 utilisent d'autres échelles que celles citées soit à la place des échelles citées soit en plus de celles citées (2,9%). Les échelles citées sont: « Stable-Acute, SVR-20²⁷, HCR-20, échelle de qualité de vie ».

Les arguments présentés pour justifier l'absence d'utilisation de ces échelles sont exposés dans le graphique 13.

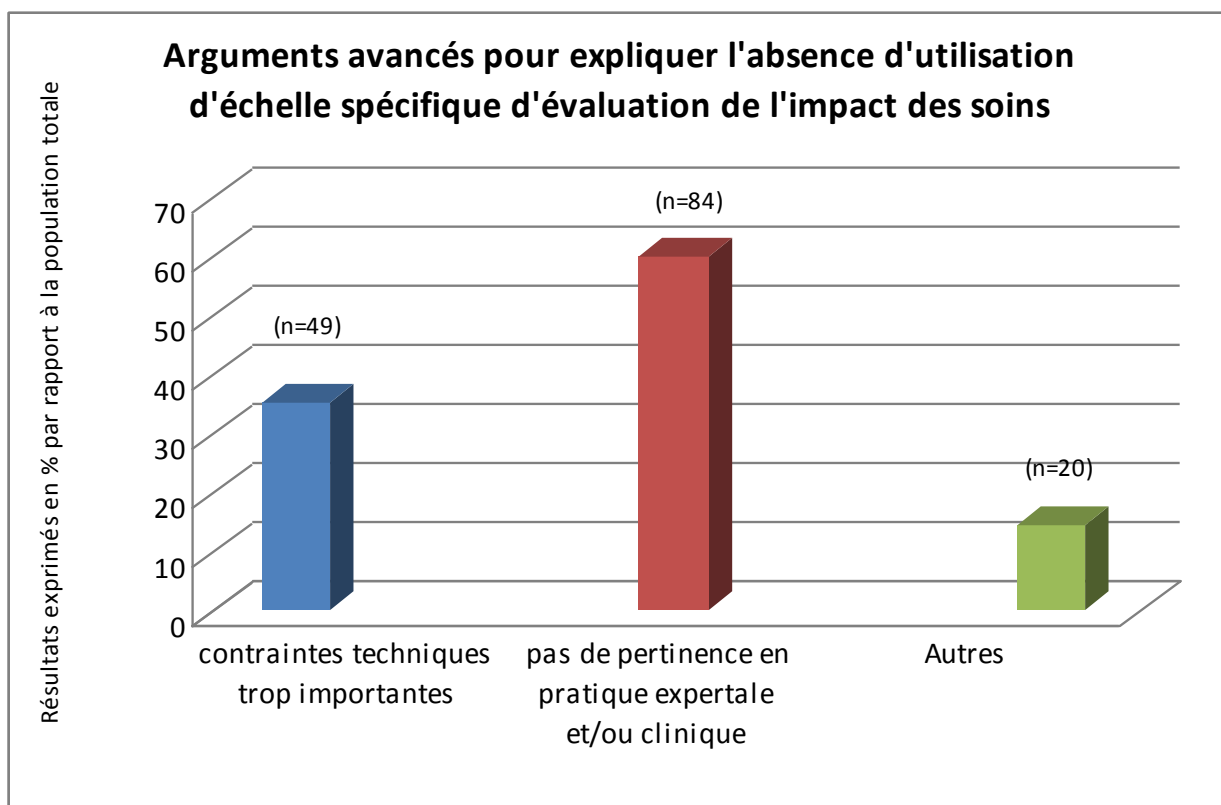
Parmi les arguments «Autres» rapportés par les experts, il y a:

- Manque de formation ou de connaissances de ces outils: 8% (n=11)
- Préférence pour l'entretien clinique: 2,1% (n=3)
- Habitude: 1,4% (n=2)
- Divers: 2,9% (n=4)

²⁵ VIAOT Vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs Thérapeutiques

²⁶ IMPC Instrument de Mesure des Progrès Cliniques

²⁷ SVR-20 Sexual Violence Risk



Graphique 13 : Arguments avancés pour expliquer l'absence d'utilisation d'échelles spécifiques d'évaluation de l'impact des soins

Concernant les expertises de mineurs:

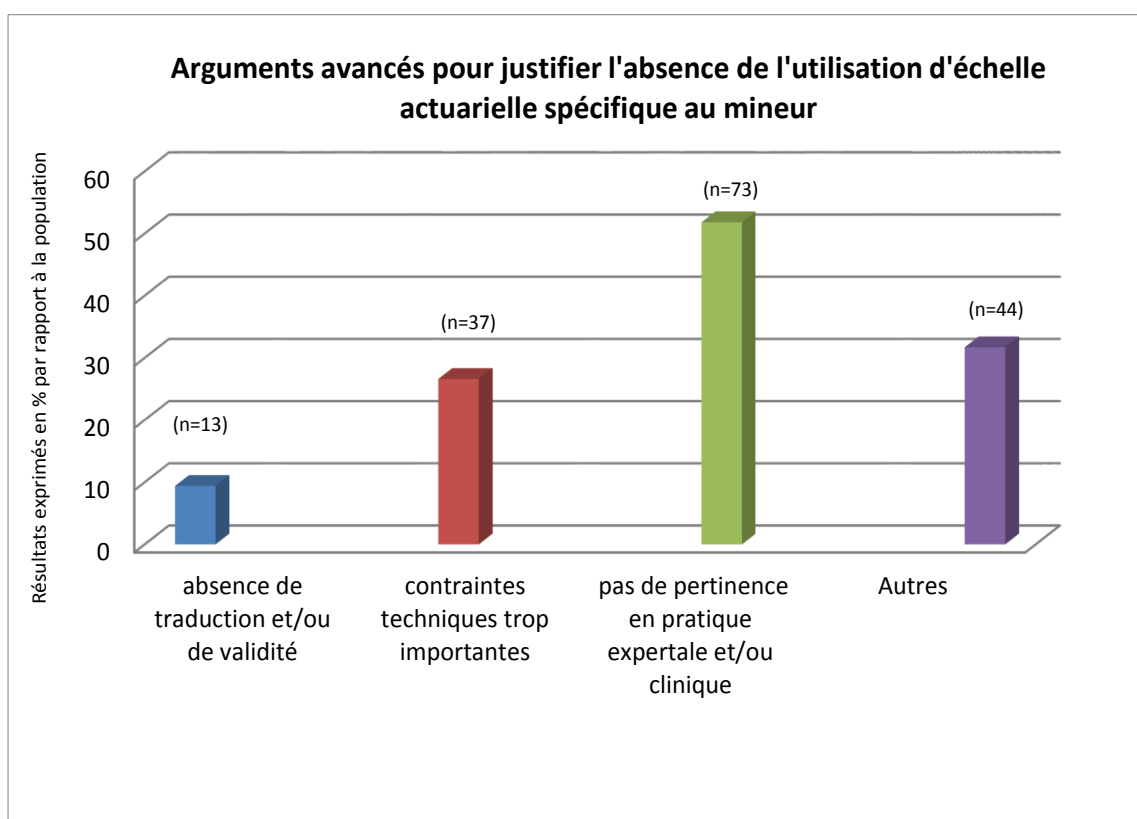
7 experts utilisent une échelle actuarielle spécifique pour les mineurs soit 5%. Parmi eux 5 utilisent la SAVRY²⁸ (3,6%) et 3 utilisent soit une autre échelle à la place de la SAVRY, soit une autre échelle en complément (2,2%). Les autres échelles utilisées sont : la HCV-YV²⁹, PCL-SV³⁰ et des tests cliniques d'évaluation cognitive et comportementale.

Les experts n'utilisant pas ce type d'échelle emploient les arguments présentés dans le graphique 14.

²⁸ SAVRY Structured Assessment of Violent Risk in Youth

²⁹ HCV-YV échelle non retrouvée dans la littérature

³⁰ PCL-SV Psychopathy Checklist- Short Version



Graphique 14 : Arguments avancés pour justifier l'absence de l'utilisation d'échelle actuarielle spécifique au mineur

4/ Résultats en fonction de la date de soutenance de thèse ou du début d'exercice en tant qu'expert

	Thèse soutenue avant 1998	Thèse soutenue après 1998	
Utilisation d'au moins 1 classification internationale	58,9% (n=73)	66,7% (n=10)	p = 0,561
Pas d'utilisation de classification internationale	41,1% (n=51)	33,3% (n=5)	
Utilisation d'au moins 1 questionnaire structuré ou semi structuré	28,2% (n=35)	66,7% (n=10)	p=0,003
Pas d'utilisation de questionnaire structuré ou semi-structuré	71,8% (n=89)	33,3% (n=5)	
Utilisation d'au moins 1 échelle actuarielle	19,4% (n=24)	60% (n=9)	p<0,001
Pas d'utilisation d'échelle actuarielle	80,6% (n=100)	40% (n=6)	
Total	n=124	n=15	

Tableau 2 : Utilisation des outils standardisés en fonction de la date de soutenance de la thèse

	Exercice débuté avant 1998	Exercice débuté après 1998	
Utilisation d'au moins 1 classification internationale	50% (n=34)	69 % (n=49)	p=0,022
Pas d'utilisation de classification internationale	50% (n=34)	31% (n=22)	
Utilisation d'au moins 1 questionnaire structuré ou semi structuré	27,9% (n=19)	36,6% (n=26)	p=0,274
Pas d'utilisation de questionnaire structuré ou semi-structuré	72,1% (n=49)	63,4% (n=45)	
Utilisation d'au moins 1 échelle actuarielle	19,1% (n=13)	28,2% (n=20)	p=0,21
Pas d'utilisation d'échelle actuarielle	80,9% (n=55)	71,8% (n=51)	
Total	n=68	n=71	

Tableau 3 : Utilisation des outils standardisés en fonction de la date de début de l'exercice en tant qu'expert

Concernant l'utilisation d'au moins 1 classification internationale :

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir soutenu sa thèse avant ou après 1998 et le fait d'utiliser une classification internationale. ($\chi^2 = 0,338$; $p=0,561$) En revanche, les experts ayant débuté leur exercice avant 1998 utilisent moins souvent une classification internationale que ceux ayant débuté leur exercice après 1998. Cette association est statistiquement significative ($\chi^2=5,22$, $p=0,022$).

Concernant l'utilisation d'au moins un questionnaire structuré ou semi-structuré:

Les experts ayant soutenu leur thèse avant 1998 utilisent moins souvent un questionnaire structuré ou semi-structuré que ceux ayant soutenu leur thèse après 1998. Cette association est statistiquement significative. ($\chi^2=9,0318$ $p=0,003$) En revanche, il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir commencé à exercer avant ou après 1998 et l'utilisation d'au moins un questionnaire structuré ou semi-structuré. ($\chi^2 = 1,1949$; $p=0,274$)

Concernant l'utilisation d'au moins une échelle actuarielle:

Les experts psychiatres ayant soutenu leur thèse avant 1998 utilisent moins souvent une échelle actuarielle que ceux l'ayant soutenu après 1998. Cette association est statistiquement significative. ($\chi^2=12,2103$; $p<0,001$). Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir commencé à exercer avant ou après 1998 et l'utilisation d'au moins une échelle actuarielle. ($\chi^2 = 1,5718$; $p=0,21$)

D/ Discussion

Cette étude nous permet de dresser une vue d'ensemble des pratiques des experts français concernant l'évaluation de la dangerosité dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale, et de constater qu'il existe une évolution par rapport à la situation décrite en 2000 par Giovannangeli³¹. Cette étude nous permet également d'explorer quelques pistes pouvant expliquer les choix méthodologiques des experts.

A notre connaissance, aucun recueil récent n'a été fait auprès de l'ensemble des experts psychiatres français pour évaluer de façon individuelle les pratiques de chacun.

En premier lieu, nous pouvons relever le fort taux de participation au questionnaire, de près de 30% (139 réponses/465 experts). Ce taux de participation est probablement expliqué par l'intérêt du sujet aux yeux des professionnels.

1/ Les limites de l'étude

L'utilisation d'un questionnaire avec des questions ouvertes ou fermées a été choisie pour des raisons pratiques. Cette méthode nous a permis de recueillir une plus grande quantité de données sur une courte période de temps. Néanmoins, ce choix ne permet d'avoir qu'une vision parcellaire des pratiques des experts. Le nombre limité d'arguments qui est proposé pour justifier leur pratique, a peut-être stéréotypé les réponses données en grandes catégories, sans tenir compte de la pluralité des réponses pouvant être données.

Il existe probablement un biais de sélection, les experts ayant répondu étant probablement ceux qui se sentent le plus concernés par l'évaluation de la dangerosité, et ne sont pas obligatoirement représentatifs de l'ensemble de la population. Néanmoins ce biais est en partie corrigé par un taux de participation important (29,9%).

Il aurait été intéressant d'explorer si l'utilisation de méthodes cliniques ou actuarielles pouvait être corrélée au type de pratique clinique (exercice en milieu carcéral, en secteur, au CHU, etc.), ou à la proportion d'exercice clinique par rapport à la pratique expertale. Néanmoins, cette analyse n'a pu être réalisée en raison d'un effectif pas assez important pour réaliser des sous-groupes avec des valeurs « n » > 30.

Enfin, le choix de l'année 1998, peut paraître arbitraire. Nous avons choisi cette année car elle correspond à l'année de promulgation de la loi 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles. Cette loi va créer la notion de suivi socio-judiciaire. A partir de cette réforme, l'expert n'est plus sollicité uniquement pour déterminer un diagnostic psychiatrique, mais va être désormais questionné sur la question de la dangerosité et du pronostic. De plus, il s'agit de l'année suivant la validation de la HCR, qui est un des outils recommandés par la HAS. Nous partons du principe que l'enseignement des méthodes d'évaluation semi-structurées et actuarielles a pu débiter à partir de cette date.

³¹ Giovannangeli D., *et al*, *Ibid* p 52

2/ Evolution des pratiques françaises entre 2000 et 2013

Les résultats de notre enquête permettent de mettre en lumière une **évolution des pratiques françaises depuis l'année 2000**, par rapport aux résultats obtenus par Giovannangeli *et al.* Néanmoins, les deux études n'utilisant pas la même méthodologie, les résultats ne sont pas directement comparables, mais peuvent donner une tendance générale. En effet, Giovannangeli *et al.*, n'avaient interrogé que quelques représentants de chaque pays européen.

De leur vaste étude sur les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels, dans les 15 pays de l'Union Européenne, il ressortait trois constats majeurs :

- Dans tous les pays européens, les professionnels interrogés utilisaient les deux méthodes clinique et actuarielle pour évaluer la dangerosité, à l'exception de la France et de l'Italie, qui n'utilisaient pas d'échelle actuarielle.
Si l'on s'intéresse aux échelles actuarielles les plus couramment utilisées. Le SVR-20 était utilisé en Allemagne, Autriche, Belgique (utilisé dans sa version francophone), Danemark, Finlande, Grèce, Pays-Bas, et Suède. Le Statique-99 et sa partie intitulée RRASOR³², étaient utilisés dans les milieux carcéraux anglais, finnois, et irlandais. La SORAG était principalement utilisée en Belgique. La PCL-R de Hare était utilisée à des fins de recherche, en Belgique, Danemark, Portugal et Suède ; elle était aussi utilisée de façon fréquente en pratique clinique, en Angleterre et en Irlande ; d'autres pays comme l'Allemagne, l'Espagne, et la Grèce, l'utilisaient aussi mais moins fréquemment. La VRAG était l'instrument le plus exploité en Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique et Suède.
- Les entretiens cliniques étaient complétés, dans la plupart des pays européens par des questionnaires et inventaires de personnalité (MMPI, 16PF, NeoPI-R, Eysenck, GPP-I, MCMI) et des tests projectifs.
- Les entretiens structurés et semi-structurés semblaient peu utilisés en Union Européenne, la France faisait plutôt parti des pays « utilisateurs » de ces méthodes, se servant entre autres du QICPAAS. Néanmoins, la HCR-20 était utilisée en Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Pays-Bas et Suède.

Il semblerait, au vu de cette étude, que la France soit un des rares pays européens à ne pas utiliser d'échelle actuarielle en 2000. Néanmoins cette assertion doit être nuancée par deux points. Premièrement, les professionnels interrogés n'étaient pas uniquement des experts psychiatres, mais aussi des professionnels issus d'autres disciplines et notamment de professionnels exerçant dans des domaines de recherche. D'autre part, ces outils actuariels

³² RRASOR Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism

étaient, au moment de l'enquête, le plus souvent utilisés dans le cadre de recherches cliniques en milieu carcéral par exemple et non en pratique clinique de façon courante.

Selon les résultats de notre étude, en 2013, la quasi-totalité des experts français accordent une **place prépondérante à l'entretien clinique**, que ce soit pour explorer les traits de personnalité (97,8%), les traits psycho-criminologiques (97,8%), évaluer le risque de récidive (97,1%), évaluer la dangerosité psychiatrique (100%), explorer la dimension psychopathique d'un sujet (99,3%), évaluer l'impact des soins sur la dangerosité ou le risque de récidive (98,6%).

Nous retrouvons dans la littérature scientifique des arguments pouvant soutenir l'utilisation d'un entretien clinique pour l'évaluation de la dangerosité dans le cadre d'une expertise. Les avantages de l'entretien clinique sur les méthodes actuarielles ont été rapportés par différents auteurs³³. Il s'agit essentiellement d'une bonne adaptabilité aux situations cliniques et d'une bonne flexibilité³⁴. Cette méthode donne également une meilleure place à l'analyse des causes de la dangerosité.

En parallèle, les outils actuariels présentent certains inconvénients. Les limites de ces outils sont de 3 niveaux : méthodologique, épistémologique et éthique. Ces méthodes ne donnent aucune indication sur l'étiologie et l'explication du passage à l'acte. Ainsi, elles ne permettent pas de prendre en considération les variations en rapport avec l'individualité de chaque personne expertisée, ni les observations cliniques plus fines. Elles négligent l'apport du jugement clinique apporté par l'expérience.³⁵ Ces méthodes ne reposent que sur des faits objectifs, et passés, qui donnent une image figée du sujet et parfois déshumanisante. Elles ne permettent pas toujours d'apprécier ses possibilités d'évolution. Les questions d'éthique (bien que peu abordées dans ce travail) sont d'autant plus importantes que ces échelles sont utilisées à des fins judiciaires et impliquent des décisions lourdes de conséquences sur les sujets évalués.

Les experts français continuent, à l'instar de leurs homologues européens, à utiliser des outils pour compléter leur entretien clinique. En Autriche et en France les experts utilisent l'échelle de Dittmann. Les tests projectifs les plus couramment utilisés sont le test de Rorschach, et le TAT, qui sont aussi utilisés dans l'ensemble des autres pays européens sauf l'Angleterre. Dans notre étude, les experts sont peu nombreux néanmoins à les utiliser en pratique courante (moins de 10%). Seul un expert utilise également le test Drew-a-Person de Manchover et le House-Tree-Person.

Néanmoins, l'utilisation de l'entretien clinique n'est pas exclusive d'autres méthodes.

Depuis 2000, il existe une évolution des pratiques avec une émergence de l'utilisation des échelles actuarielles. Il ressort de notre étude que **32,4% (n=45) des experts utilisent au moins un questionnaire semi-structuré**. Les plus fréquemment utilisés sont le QICPAAS et

³³ Buchanan A, Risk and dangerousness, *Psychological Medicine*, 2009, 29 (2): 465-73

³⁴ Niveau G, Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive, Ed l'Harmattan, 2011

³⁵ Côté G., Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: mise en perspective critique, *Criminologie*, Volume 34, n°1, 2001, p 31-45

la HCR-20, et que **23,7% (n=33) des experts français utilisent au moins une échelle actuarielle** en pratique courante, alors qu'elles n'étaient pas utilisées en 2000.

Les experts ne sont pas unanimes dans le choix des méthodes utilisées. Les outils standardisés ne sont pas utilisés de façon systématique. Cette particularité peut être expliquée par l'absence de prescription ou d'obligation encadrant la pratique expertale française. Les experts sont libres de leur choix de méthodes, contrairement aux Etats-Unis par exemple, où la fonction expertale est plus encadrée, notamment par l'arrêt FRYE datant de 1923. Les experts américains sont ainsi obligés de donner des informations exprimant la position de l'ensemble de la communauté scientifique, ce qui tend à homogénéiser les pratiques³⁶.

En revanche, nous retrouvons une **certaine homogénéité dans le contenu des évaluations des experts français**.

Concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique (cf graphique 8), les éléments cliniques tels que l'âge, le sexe, le contexte social et familial, l'étayage affectif, la notion de rupture de soins, les antécédents de consommation de toxiques, les antécédents de violence subie ou agie, les facteurs spécifiques à l'évolution d'une pathologie mentale et les facteurs de protection sont tous recherchés par plus de 70% des experts. Le seul facteur recherché par moins de 70% des experts est le statut marital.

Les experts français fondent leur évaluation sur un même ensemble de facteurs.

Néanmoins, notre type d'étude ne permet pas d'étudier si ces facteurs sont mesurés de la même façon par les experts, ni leur poids dans la prise de décision finale.

Concernant la recherche des éléments psycho-criminologiques en entretien clinique, les experts recherchent de façon assez uniforme les éléments suivants: « degré de reconnaissance des faits » (93,5%), « retentissement psychologique de la victime » (79,1%), « rapport à la loi » (92,8%), « nature de l'acte » (87%), « mobiles particuliers » (76,3%), « modes opératoires » (84,1%), « qualité des victimes » (77,7%), « concomitance/corrélation des infractions » (66,2%), « passé pénal » (89,2%).

De la même façon, concernant l'impact des soins sur l'évolution du risque de récurrence et de dangerosité, les 4 items proposés « observance du traitement et adhésion aux soins », « alliance thérapeutique », « rupture du cadre de soins » « amélioration clinique » sont respectivement recherchés par 94,2%; 87,1%; 87,8%; 84,9%.

Les experts recherchent des **facteurs aussi bien statiques** comme les données socio démographiques telles que l'âge ou le genre, que des **facteurs dynamiques** comme l'observance du traitement ou l'évolution de la clinique. En revanche, il n'est pas possible de déterminer si cette recherche est menée de façon exhaustive pour chaque expertise.

Les facteurs recherchés par les experts français sont des facteurs reconnus dans la littérature internationale comme étant des facteurs de risque de violence ou de dangerosité parmi les populations souffrant de troubles mentaux graves et parmi celles qui en sont exemptes³⁷.

³⁶ Moulin V., Palaric R., Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangersités ? *Inf. Psychiatr.* 2012 ; 88 : 617-29 doi :10.1684/ipe.2012.0968

³⁷ Rossinelli G., (sous la présidence de), Audition publique *Expertise psychiatrique pénale* des 25 et 26 janvier 2007, Rapport de la commission d'audition, Fédération Française de Psychiatrie

Comme l'ont démontré des auteurs comme Quinsey et Maguire en 1983, puis Watson, Goldfinger et Averbuck en 1988, les professionnels, du moins dans les pays anglo-saxons, ont tendance à repérer et utiliser spontanément les mêmes facteurs de risque³⁸. Ils sont superposables à ceux recherchés par les experts français : « absence d'insight », « manque de motivation », « éléments psychotiques » « gravité du trouble de personnalité ».

Elbogen *et al*³⁹, ont mené en 2002, auprès de 134 professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale une étude visant à déterminer quels facteurs de risque étaient utilisés pour évaluer la dangerosité. D'une façon générale, les éléments cliniques et les manifestations comportementales étaient perçus comme plus pertinents que les facteurs sociodémographiques ou biographiques. Les facteurs les plus pertinents aux yeux des évaluateurs sont « antécédents de comportements violents », « impulsivité », « antécédents d'agressions physiques », « mauvaise observance médicamenteuse ». Les facteurs reconnus comme moins pertinents sont : « carence éducative », « statut marital » et « parcours professionnel ».

Nous retrouvons également des études menées en Suède et en Afrique du Sud qui relèvent l'utilisation des mêmes facteurs⁴⁰.

Néanmoins Odeh *et al*⁴¹ démontrent dans leur article que ces facteurs ne sont pas toujours utilisés de façon pertinente par les évaluateurs.

Il apparaît donc au vu de la littérature internationale que les experts français recherchent spontanément, au décours de leur entretien clinique libre, les mêmes facteurs que les professionnels des autres pays.

3/ Arguments donnés pour expliquer l'absence d'utilisation d'outils standardisés

Les résultats nous permettent également d'exposer et de réfléchir autour de quelques raisons poussant les experts à ne pas utiliser les outils standardisés.

3.a/ Absence de pertinence des outils standardisés

Les experts semblent mésestimer en partie l'intérêt des outils standardisés.

L'argument le plus souvent rapporté est l'**absence de pertinence de ces outils standardisés dans leur pratique clinique ou expertale** que ce soit pour l'évaluation de la psychopathie (57,6%), de la dangerosité psychiatrique (58,3%), du risque de récurrence (47,5%), ou celle des sujets mineurs (51,8%). Les experts trouvent que ces outils n'apportent pas de gain supplémentaire par rapport à un entretien clinique libre.

Cette absence d'intérêt dans leur pratique est aussi bien rapportée pour les échelles actuarielles que pour les guides d'entretien structurés. Lorsqu'ils précisent en quoi ils trouvent ces outils moins pertinents, ils avancent, entre autres, le manque de souplesse de ces outils ou des arguments d'ordre éthiques.

³⁸ Odeh M. S., Zeiss R.A., Huss M.T., Cues they use: clinicians' endorsement of risk cues in Prediction of Dangerousness, *Behav. Sci. Law* 24: 147–156 (2006)

³⁹ Elbogen, E. B., Mercado, C. C., Scalora, M. J., & Tomkins, A. J. (2002). Perceived relevance of factors for violence risk assessment: A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 37–47.

⁴⁰ Odeh *et al*, *Ibid* p 76

⁴¹ Odeh *et al*, *Ibid* p 76

Nous l'avons vu précédemment, les échelles actuarielles présentent certaines limites. Néanmoins, l'appréciation négative de ces outils par les experts français est contredite par une grande partie de la littérature scientifique concernant l'évaluation de la dangerosité qui tend à prouver au contraire la supériorité des échelles actuarielles sur l'entretien clinique seul, surtout lorsqu'il n'est pas structuré. Les arguments retrouvés dans la littérature sont nombreux.

Les échelles actuarielles ont une meilleure fidélité et permettent d'augmenter la validité prédictive en terme de précision⁴². L'entretien clinique seul semble avoir une faible valeur prédictive positive et une fidélité inter juges peu élevée pour A. Baratta⁴³. Il a démontré, au cours d'une étude portant sur la pratique des expertises se basant sur l'analyse de 45 dossiers d'expertises, qu'il existait une faible concordance inter-juges, et une mauvaise concordance intra-expertale, lorsqu'un entretien clinique seul avait été utilisé pour évaluer la dangerosité.

L'approche clinique entraîne un risque important de surévaluation de la dangerosité. Ainsi, les travaux de Monahan⁴⁴ développés à partir des années 80 démontrent que les évaluations des psychiatres et des psychologues experts ne sont fiables que dans un cas sur trois pour ce qui concerne la prédiction de la dangerosité, les psychiatres et psychologues ayant tendance à surévaluer la dangerosité. Il s'appuie sur de nombreuses études de cohortes pratiquées aux États-Unis dans les années 1980 et notamment sur les cas dits « Baxstrom » étudiés par Steadman et Cocozza en 1974⁴⁵ et sur les cas Dixon publiés par Thornberry et Jacoby en 1979⁴⁶. En 1966, le jugement Baxstrom à Herold, a abouti à la libération ou au transfert dans des unités peu sécurisées de 967 patients provenant d'unités de haute sécurité. Steadman et Cocozza suivirent le devenir de cette cohorte pendant plus de 4 ans. Ils démontrèrent que seulement 20% de ces patients considérés comme hautement à risque avaient effectivement commis à nouveau des actes illégaux, pour la plupart non violents. Seulement 3% étaient à nouveau emprisonnés ou internés dans une unité de sécurité.

Enfin il est souvent reproché aux experts un manque de transparence concernant leur évaluation clinique.

Cette mésestimation des échelles actuarielles par les experts français peut être expliquée en partie par un manque de formation à l'utilisation de ces échelles et une méconnaissance des outils standardisés. Cette absence d'enseignement et de formation concernant les échelles est d'ailleurs rapportée spontanément par certains psychiatres. Certaines échelles ne sont pas du tout connues, d'autres ont été citées au décours des formations théoriques mais sans plus de précision.

⁴² Hoang Pham T., et al, Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité, *Ann. Med. Psychol.*, 170 (2012) 103-105

⁴³ Barrata A., Morali A., Halleguen O., La vérité sur l'expertise post-sentencielle: évaluation clinique contre échelle actuarielle, *Ann. Med. Psychol.*, 170 (2012) 96-98

⁴⁴ Monahan J. *Ibid* p 52

⁴⁵ Steadman H., Cocozza J., *Careers of the Criminally Insane*, 1974. Lexington, MA : Health.

⁴⁶ Thornberry T. P., Jacoby J. E. *The Criminally Insane: A Community Follow-up of Mentally Ill Offenders*, 1979, Chicago : The University of Chicago Press

Cette hypothèse semble en partie validée par nos résultats.

Nous retrouvons que les experts ayant soutenu leur thèse après 1998 utilisent plus souvent au moins un questionnaire semi-structuré ou une échelle actuarielle que ceux thésés avant 1998. En revanche, l'année de début de l'exercice n'est pas corrélée de façon significative avec le fait d'utiliser ou non des instruments standardisés.

Il semblerait que la date de soutenance de la thèse soit plus déterminante pour l'utilisation des outils standardisés que la date de début de l'exercice expertal. Ce constat est assez étonnant, la formation aux échelles standardisées semblant plutôt relever d'une formation supplémentaire fournie aux futurs experts qu'appartenant à la formation initiale.

3.b / Contraintes techniques inhérentes à l'utilisation des échelles

Une des raisons mises en lumière **sont les contraintes techniques inhérentes à l'utilisation de ces échelles**, que ce soit des contraintes matérielles de temps ou d'accessibilité des outils. Elles sont rapportées par **un peu moins d'un tiers des experts**.

Concernant les échelles actuarielles évaluant la psychopathie, 28,1% des experts rapportent comme argument « contraintes techniques trop importante », 35,3% pour les échelles évaluant l'impact des soins, 24,5% pour les échelles évaluant la dangerosité psychiatrique, 29,7% pour les échelles évaluant le risque de récurrence, et 26,6% pour les échelles concernant les mineurs.

Quand ils précisent à quel type de contraintes ils se heurtent le plus souvent, ils soulignent le manque de temps, l'accessibilité limitée pour des questions financières et les conditions de passation des échelles.

Ces arguments sont retrouvés dans une partie de la littérature internationale.

Lorsque F Millaud et J.L. Dubreucq analysent l'utilisation des outils standardisés au Canada, ils relèvent que l'emploi de ces outils est considéré par certains comme fastidieux ou qu'il implique un surplus de travail⁴⁷. Doyle et Dolan⁴⁸ relèvent dans leur article que les soignants issus de milieux de soins psychiatriques anglais étaient réticents à utiliser les outils standardisés car ils les trouvaient peu maniables en pratique courante, d'un coût financier trop important, et qu'ils requièrent une formation spécifique trop fastidieuse.

Les contraintes techniques sont variables d'un outil à l'autre. En effet, certaines échelles sont plutôt destinées à être utilisées à des fins de recherche et nécessitent effectivement des temps de passation longs, ne pouvant être compatibles avec une pratique quotidienne. Ainsi par exemple la SONAR nécessite de passer 3 à 5 heures par cas clinique⁴⁹ ou encore le QICPASS qui nécessite 3hr30 de temps de passation. Certaines échelles demandent plusieurs entretiens pour pouvoir être entièrement complétées ou nécessitent de consulter les dossiers juridiques et médicaux qui ne sont pas toujours accessibles.

⁴⁷ Millaud F, Dubreucq J.L. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Inf. Psychiatr.* 2012 ; 88 : 431-7 doi :10.1684/ipe.2012.0938

⁴⁸ Doyle M, Donan M., Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgments for the formulation and management of risk, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002,**9**, 649-657

⁴⁹ Martiens W.G.P., Koeter M.W.J., van der Staak C.P.F., van den Brink W., Static and Dynamic Patient Characteristics as Predictors of Criminal Recidivism: A Prospective Study in a Dutch Forensic Psychiatric Sample, *Law and Human Behavior*, Vol. 30, No. 3, Juin 2006, doi: 10.1007/s10979-006-9013-4

Certaines échelles impliquent des mesures spécifiques ne pouvant pas être recueillies au décours d'un entretien. Par exemple la passation de la SORAG⁵⁰ implique qu'il soit effectué des mesures phallométriques non réalisées hors activité de recherche clinique.

Au contraire d'autres échelles ont été conçues spécifiquement pour être plus facilement utilisables. Ainsi certaines échelles existent en version simplifiée, comme par exemple, la version courte de la PCL-R⁵¹ : la PCL-SV.

Les remarques des experts rejoignent les constats rapportés par G. Niveau⁵² : la nécessité de se prononcer rapidement, la difficulté à trouver l'instrument standardisé correspondant à la situation à évaluer, la complexité de certains outils d'évaluation.

Certains outils standardisés ne sont utilisables que dans le cadre d'activités de recherche, leur passation requérant des conditions matérielles ou de temps non adaptés à l'expertise. Néanmoins d'autres outils ont été créés eux spécifiquement pour être utilisable en pratique courante comme la PCL-R ou la HCR.

3.c/ Problème de traduction et de validité en France

Au vu de nos résultats, les **problèmes de traduction et de validité des outils actuariels et semi-directifs ne semblent pas représenter pas l'obstacle le plus important pour les experts français**. Ce type d'argument est rapporté par 10,8% (n=15) des experts pour les questionnaires et inventaires de personnalité, par 8,6% (n=12) des experts pour les questionnaires semi-structurés évaluant les éléments psycho-criminologiques, par 10,8% (n=15) des experts pour les échelles actuarielles évaluant le risque de récidive, par 12,9% des experts pour celles évaluant la dangerosité psychiatrique et 8,7% (n=12) des experts pour les questionnaires semi-structurés, par 6,5% (n=9) pour les échelles actuarielles de psychopathie et enfin par 9,4% (n=13) pour les échelles spécifiques aux mineurs.

Cette absence de validité des outils actuariels d'un pays à l'autre, est retrouvée dans la littérature scientifique. Au-delà des difficultés inhérentes aux problématiques de traduction se pose la question de l'exportabilité de ces échelles actuarielles.

Ces échelles sont sensibles à différents types d'erreur. Notamment, les groupes créés dans l'étude de base des instruments ne sont pas forcément représentatifs de la population dans laquelle se trouve l'individu à évaluer. Elles peuvent être influencées par des facteurs non compris dans les critères retenus pour le test. La représentativité des échantillons utilisés peut être remise en cause, les analyses étant linéaires et basées sur les tendances centrales, le sous-groupe le plus important influencera le poids des variables, ainsi le poids accordé à la psychopathie pour ces échelles est pointé comme trop important. Les variables associées à un

⁵⁰ PhamT.H., Ducro C., Evaluation du risque de récidive en Belgique Francophone : données préliminaires d'analyse factorielle de la « Sex Offender Recidivism Appraisal Guide » (Odeh) et de la Static-99, *Ann. Med. Psychol.*, 166 (2008) 575-579

⁵¹ Voyer M, Senon JL. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *Inf. Psychiatr.* 2012 ; 88 : 445-53 doi : 10.1684/ipe02012.0940

⁵² Niveau G, Ibid, p 74

continuum de comportements violents ne varient pas en fonction du contexte dans lequel s'exprime l'acte violent.

Néanmoins plusieurs échelles et guides d'entretien semi-structurés ont été traduits et validés en version francophones⁵³.

Pham *et al*, ont traduit et validé en langue française la PCL-R⁵⁴ en version longue, la HCR, et la VRAG. Pham et Ducro ont traduit et validé en langue française, en population Belge francophone, la SORAG et la Statique-99⁵⁵.

Il existe une version francophone du SONAR⁵⁶, proposé sur le site internet du Solliciteur général du Canada, mais non validée. Le LSI-R⁵⁷ existe en version française, mais n'a pas été validé, de même que pour le FOTRES⁵⁸ et la SVR. La PCL-YV n'a pas été validée pour la version française par d'autres auteurs que ceux de l'échelle.

En revanche la VRS⁵⁹, le MnSOST-R⁶⁰, la SAVRY, la START⁶¹ n'ont été ni traduits, ni validés en langue française.

On peut cependant noter que la validation des échelles a été réalisée non pas en France mais en Belgique et en Suisse, impliquant des populations dont les caractéristiques peuvent varier avec la population française.

Proposition

Quelles méthodes choisir ?

Notre étude a permis de mettre en évidence le fait que les outils standardisés étaient plus utilisés en France qu'il y a une dizaine d'années. En mettant ces résultats en perspective avec les données de la littérature, parmi les méthodes standardisées, **les évaluations cliniques semi structurées⁶² sont les plus intéressantes**, les échelles actuarielles présentant des inconvénients non négligeables. Les outils semi-structurés permettent d'augmenter la fidélité inter-juges par rapport à l'entretien clinique seul, et peuvent donner des éléments sur la gestion et la prévention auprès des populations délinquantes.

En particulier, la **HCR-20 nous paraît être l'outil le plus intéressant**, son utilisation pouvant se faire sans devoir passer par une cotation chiffrée, permettant donc d'évaluer les patients sans *cutt-off*. Le clinicien pouvant donner son appréciation clinique finale. Cet outil est traduit et validé en français, et n'impose pas des contraintes techniques trop importantes.

⁵³ Niveau G, Ibid p 74

⁵⁴ Pham T. H., Ducro C., Marghem B., Réveillère C., Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone, *Ann. Méd. Psychol.* 163 (2005) 842–845

⁵⁵ Pham T.H, Ducro C. *Ibid* p79

⁵⁶ SONAR Sex Offender Need Assessment Rating

⁵⁷ LSI-R Level of Service Inventory – Revised

⁵⁸ FOTRES Forensic Operationalized Therapy and Risk Evaluation System

⁵⁹ VRS Violence Risk Scale

⁶⁰ MnSOST-R Minnesota Sex Offender Tool Revised

⁶¹ START Short-Term Assessment of Risk and Treatability

⁶² Gravier B, Lustenberger Y, L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question, *Ann Medico Psychol.*, 163 (2005) 668-680

L'entretien clinique seul et les échelles actuarielles semblent présenter tous deux des inconvénients majeurs rendant leur emploi exclusif peu satisfaisant. Les experts devraient pouvoir utiliser les outils standardisés, **tout en conservant avant tout une large part à l'entretien clinique**. Allier les avantages de ces 2 approches peut être une façon adaptative de préserver la souplesse d'un entretien clinique tout en limitant le risque de biais en lien avec la subjectivité de l'expert sans pour autant la nier complètement. De plus cela permettrait une certaine uniformisation des pratiques et une meilleure lisibilité de la part du monde judiciaire. Gérard Niveau propose lui une « évaluation clinique intégrée »⁶³, qui suppose en premier lieu une connaissance approfondie de la clinique. Elle comprend, dans une optique de réduction du risque d'erreur⁶⁴, **l'usage raisonné des instruments standardisés, surtout les guides d'entretien semi-structurés, et leur intégration dans le processus d'évaluation clinique, ainsi que dans la décision finale**, afin de laisser toute sa place au clinicien.

Quelles évolutions, quelles perspectives pour l'avenir ?

En prenant en compte les remarques des experts données au cours de notre étude nous pouvons émettre quelques propositions pour essayer d'enrichir les pratiques des experts et de les faire coïncider avec les attentes de la Justice et à travers elle de la Société.

L'exportabilité des échelles actuarielles depuis les pays anglo-saxons est possible mais pas de façon absolue, et les recommandations des spécialistes est **d'expérimenter d'abord dans un pays à petite échelle, puis d'évaluer selon des critères scientifiques rigoureux leur validité sur le plan local**⁶⁵. Cette voie de recherche doit pouvoir être encouragée en France, et pourrait permettre d'obtenir des outils dont la traduction et la validation seraient bien meilleures, et plus adaptées. Il serait notamment intéressant de **pouvoir traduire et valider la START** qui pourrait alors d'être utilisée en complément de la HCR, comme cela est déjà le cas dans les pays anglo-saxons.

Il pourrait également être intéressant de **développer des outils spécifiquement « français »**, qui ne seraient pas de simples versions francophones d'outils anglo-saxons pour la plupart, mais qui incluraient des facteurs dynamiques ou statiques issus du « terrain ».

Les outils actuariels existants sont peu connus de l'ensemble des experts. Lorsqu'ils le sont, les experts sont souvent peu formés. Il apparaît nécessaire de **développer l'enseignement théorique et pratique autour des échelles actuarielles, mais aussi autour des questionnaires semi-structurés**. Question qui s'intègre de façon plus générale à l'enseignement de la psychiatrie légale, qui doit être renforcé dès le 3^{ème} cycle des études médicales, concernant les internes de psychiatrie, mais aussi au cours des temps de formation pour les praticiens souhaitant se former à l'exercice de l'expertise psychiatrique pénale.

⁶³ Niveau G, *Ibid* p 74

⁶⁴ Doyle M., Dolan M. *Ibid* p 78

⁶⁵ Herzog-Evans M, Outils d'évaluation: sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique, A. J. Pénal, février 2012

Un des écueils s'opposant à une plus grande généralisation des échelles actuarielles ou des questionnaires semi-structurés est les contraintes techniques. Ceci relance le débat autour de **la pénurie d'experts et des demandes toujours croissantes d'expertise**, qui impose une **meilleure articulation entre justice et psychiatrie**. Il serait également intéressant d'élaborer des **outils plus maniables dans les conditions réelles des expertises**.

A l'heure actuelle, dans les pays anglo-saxons, les outils actuariels continuent d'évoluer. Les outils comme le SVR-20 sont des échelles de 2^{ème} ou 3^{ème} génération et conservent des défauts indéniables comme le fait qu'ils aient pour but essentiel une prédiction plutôt que l'explication d'un comportement dangereux (si tant est qu'il en existe une qui soit quantifiable !), ou encore leur postulat athéorique. Une des perspectives d'avenir pourrait être le **développement d'outils de 3^{ème} voire de 4^{ème} génération**, qui exploreraient des théories explicatives de la récidive. Ces instruments tiennent compte d'un nombre très important de variables, tant criminologiques que sociodémographiques et cliniques⁶⁶. Ces instruments restent d'un maniement peu aisé et fonctionnent souvent via des programmes informatiques. Ces outils fournissent des indications sur les possibilités de traitement, et sur leur évaluation, et sont donc d'autant plus intéressants qu'ils sont liés à des programmes de prévention et de réhabilitation des délinquants. A l'heure actuelle, les plus développés sont le LSI-R, le COVR⁶⁷, le FOTRES et le VRS.

Il ne faut pas perdre de vue, également, que les experts ne sont pas seuls « juge et partie » dans cette évaluation. Une plus grande « scientificité » n'est pas forcément garante d'une meilleure transparence, et l'enjeu de l'expertise ne se limite pas uniquement à une évaluation la plus juste possible, mais aussi à ce qui est transmissible et compréhensible pour la Justice et à travers elle la société. Peut-être que le débat autour des échelles actuarielles n'est que le reflet des attentes d'une société avide de savoir technique qui viendrait la protéger de toute forme d'imprévisibilité, mais aussi peut être de toute forme d'humanité ?

⁶⁶ Niveau G, *Ibid*, p 74

⁶⁷ COVR Classification of Violence Risk

Conclusion

Au vu des résultats de notre étude, les pratiques ont évolué depuis 2000 et l'étude européenne menée par Giovannangeli *et al*⁶⁸.

Nous avons pu obtenir un fort taux de participation de 29,9% (139 réponses / 465 experts de justice). Les résultats principaux sont les suivants. La quasi-totalité des experts évaluent la dangerosité au décours de leurs expertises par un entretien clinique. Pour suppléer à cet entretien, 32,4% (n=45) des experts utilisent au moins un questionnaire, et 23,7% (n=33) au moins une échelle actuarielle. 59,7% (n=83) des experts utilisent une classification internationale. 6,5% (n=9) des experts utilisent un questionnaire d'inventaire de personnalités et 10,8% (n=15) des experts utilisent des tests projectifs. Il semblerait que l'utilisation d'outils standardisés soit corrélée à la date de soutenance de la thèse (après 1998) et non pas la date de début d'exercice en tant qu'expert.

L'utilisation de l'entretien clinique est certes prépondérante, mais les outils standardisés, et notamment les outils actuariels semblent émerger dans les pratiques courantes. L'utilisation d'échelles actuarielles ou de questionnaires semi-structurés reste minoritaire, mais est loin d'être nulle.

L'évaluation de la dangerosité au cours d'une expertise psychiatrique est peu uniforme en France, quant aux méthodes choisies. Il semblerait en revanche, qu'il existe une certaine uniformité des pratiques dans le « fond », les experts semblant rechercher des éléments similaires au décours de leur entretien clinique plus ou moins libre. Il existe également un certain consensus autour des raisons qui poussent les experts à rester circonspects vis-à-vis des outils actuariels.

Parmi les propositions que nous émettons pour faire évoluer les pratiques il est nécessaire de modifier deux points en particulier.

D'une part, il faut améliorer la qualité des formations des experts, et notamment développer l'apprentissage de l'utilisation de ces outils, qui sont d'autant plus performants que mieux maîtrisés.

D'autre part, il est important de développer la recherche en psychiatrie médico-légale, et notamment de l'orienter vers l'évaluation de facteurs statiques ou dynamiques plus spécifiques au contexte culturel et vers le développement d'outils « français » ou de travailler la validité des échelles anglo-saxonnes. Cette démarche permettra de mettre en place des outils plus conformes aux attentes et aux critiques des experts.

⁶⁸ Giovannangeli D., *Ibid* p 52

THESE SOUTENUE PAR : Sophie Crampagne

TITRE : L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale

CONCLUSION

L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale est actuellement au cœur d'un débat opposant les outils standardisés (échelles actuarielles et questionnaires ou guides d'entretien semi-structurés) à l'entretien clinique libre.

Nous avons réalisé une étude transversale, prospective dans laquelle nous avons interrogé les experts psychiatres français sur leur pratique. Notre étude a bénéficié d'un fort taux de participation de 29,9% (139 réponses / 465 experts de justice).

Nous avons pu mettre en évidence une évolution des pratiques des experts depuis 2000.

Bien que l'entretien clinique reste la méthode employée par la quasi-totalité des experts pour évaluer la dangerosité, l'utilisation des outils standardisés commence à prendre une place non négligeable dans les pratiques courantes des experts. Les outils utilisés préférentiellement sont les guides d'entretien semi-structurés par rapport aux échelles actuarielles.

32,4% des experts utilisent au moins un questionnaire, et 23,7% au moins une échelle actuarielle. 59,7% des experts utilisent une classification internationale. 6,5% des experts utilisent un questionnaire d'inventaire de personnalités et 10,8% des experts utilisent des tests projectifs.

L'évaluation de la dangerosité en France est marquée par une grande diversité dans les méthodes employées par les experts. En revanche, les éléments recherchés par les experts au cours de l'entretien clinique libre semblent être relativement similaires d'un expert à l'autre. Ces éléments cliniques sont des éléments reconnus dans la littérature internationale comme étant des facteurs de risque de dangerosité psychiatrique ou criminologique.

La raison principale justifiant la préférence des experts pour l'entretien clinique est l'absence de pertinence ou de gain d'intérêt par rapport à l'entretien clinique seul, de ces outils standardisés à leurs yeux. Cette mésestimation des outils standardisés est contraire aux arguments retrouvés dans la littérature scientifique qui met en évidence leur intérêt vis-à-vis de l'entretien clinique, tout en pointant certaines de ses limites. Cette méconnaissance des outils standardisés semble être en partie influencée par la formation des experts.

Les contraintes techniques inhérentes à la passation des échelles et l'absence de traduction ou de validation en France de ces outils sont les deux autres arguments principaux, mis en avant par les experts pour expliquer leur choix méthodologique. Il existe des versions courtes de certaines échelles afin de rendre leur utilisation en pratique clinique plus aisée, comme la PCL-SV (Psychopathy Checklist - Short Version). D'autre part, il faut souligner le fait que les versions francophones de certaines échelles et guides d'entretien comme la PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised), la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide), la SORAG

(Sex Offender Risk Appraisal Guide) et la HCR-20 (Historical Clinical Risk) ont été validées, notamment en Suisse et en Belgique.

Les outils les plus prometteurs sont les guides d'entretien semi-structurés, qui permettent d'allier les avantages des deux approches (actuarielle et clinique) et plus particulièrement le guide d'entretien HCR-20. L'utilisation des outils standardisés doit pouvoir se faire de façon raisonnée dans une approche clinique intégrative, qui laisse toute sa place à l'appréhension de la clinique par l'expert.

Nous émettons deux propositions principales pour essayer d'optimiser les pratiques expertales. D'une part, il faut améliorer la qualité des formations des experts, et notamment développer l'apprentissage de l'utilisation de ces outils peu connus, qui sont d'autant plus performants que mieux maîtrisés. D'autre part, il est important de développer la recherche en psychiatrie médico-légale, et notamment de l'orienter vers l'évaluation de facteurs statiques ou dynamiques plus spécifiques au contexte culturel et vers le développement d'outils « français » ou de travailler la validité des échelles anglo-saxonnes. Cette démarche permettra de mettre en place des outils plus conformes aux attentes et aux critiques des experts.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 5 septembre 2013

LE DOYEN
J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
Professeur T. BOUGEROL

A large, stylized handwritten signature, likely belonging to Professor T. Bougerol, written in black ink.

Références Bibliographiques

Aubut J., Les agresseurs sexuels Paris: Maloine; 1993

Barrata A., Morali A., Halleguen O., La vérité sur l'expertise post-sentencielle: évaluation clinique contre échelle actuarielle, *Ann. Med. Psychol.*, 170 (2012) 96-98

Bernard G., Approche historique et philosophique de la dangerosité, in Senon J.L., Lopez G., Cario R.(sous la direction de), *Psychocriminologie*, Ed Dunod, 2^{ème} édition, 2012

Blanc A., Les attentes du juge d'instruction et du président de la cour d'assises, *Ann. Méd. Psychol.* 164 (2006) 842-846

Brierre de Boismont A., De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels, *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1846; 1(35): 396-412

Buchanan A., Risk and dangerousness, *Psychological Medicine*, 2009, 29 (2) : 465-73

Buffard S., Elchardus J. M., Gillet M., Querard M., Il est dangereux de se pencher, in C. Debuyst, F Tulkens (sous la direction de), *Dangerosité et Justice Pénale. Ambigüités d'une pratique*, Vol 1, Ed Médecine et Hygiène, Genève 1982, 177-188

Burgelin J.F., (présidée par), Rapport de la commission Santé-Justice, *Santé, Justice et Dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*. Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Castan N., « Du grand renfermement à la Révolution » in J. G. Petit (Ed) *Histoire des Galères, bagnes et prisons*, Toulouse, Privat, 1991, p 45-77

Causse F., De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable, mémoire, Académie de Paris, Université René Descartes, 2006-2007

Côté G., Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique, *Criminologie*, Volume 34, n°1, 2001, p31-45

Danet J., Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la «dangerosité des malades mentaux»? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Danet J., La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante, *Champ pénal*, Vol. V, 2008.

Dietz P. E., Why the experts disagree: variations in the Psychiatric Evaluation of Criminal Insanity, *Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 1985, 477, 84-95

Dubreucq J.L., Joyal C., Millaud F., Risque de violence et trouble mental grave, *Ann. Méd. Psychol.* 163, (2005), 852-865

Doyle M., Dolan M., Standardized risk assessment, *Psychiatry*, 2007, 6 (10): 409-14

Doyle M., Dolan M., Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002, 9(6): 649-57

Elbogen E.B., Mercado C.C., Scalora M.J., Tomkins A., J. Perceived relevance of factors for violence risk assessment: A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2002, 1, 37-47

Esquirol E., Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Tome II, J. B. Baillière, Paris, 1838

Fazel S., Galati G., *et al*, Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analyses, *PLoS Med* 2009; 6(8) :e1000120

Foucault M., L'évolution de la notion d'«individu dangereux» dans la psychiatrie légale, *In* Déviance et société, 1981, Vol. 5, N° 4, p 403-422 (1978)

Foucault M., Le pouvoir psychiatrique, Ed. Seuil, Coll. Hautes Etudes, Paris, 2003,

Garraud, J.P. député de la Gironde, (confiée à) Rapport de la mission parlementaire sur la *Dangerosité et la prise en charge des individus dangereux*, octobre 2009

Giovannangeli D. *et al*, Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé), Programme STOP de la Commission Européenne, Université de Liège, septembre 2000

Goedert-Fricot C., Notion de dangerosité et expertise psychiatrique pénale, thèse, 2010

Goujon P., Gautier C., *Rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*. Collection rapport d'information du Sénat, N° 420-2006

Gourevitch R., Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie, *in* Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-*

agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Mars 2011

Gravier B, Lustenberger Y, L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question, *Ann. Med. Psychol.*, 163 (2005) 668-680

Hall H.V., Predicting dangerousness for the courts, *Am. J. Forensic Psychiatry*, 1984; 5 (2): 77-96

Herzog-Evans M, Outils d'évaluation : sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique, *A. J. Pénal*, février 2012

Hoang Pham T., et al, Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité, *Ann. Med. Psychol.*, 170 (2012) 103-105

Hodgins S., Kiscoke U.L., Fresse R., The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment, *Behav. Sci. Law* 2003, 21: 523-546

Hodgins S., Tiihonen J., Ross D., Consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia association with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services, *Schizophr. Res.*; 78: 323-335

Hureau J. (sous la direction de), Olié J.P., Archambault J. C. (rapporteurs) Evaluation de la Dangersité psychiatrique et criminologique Rapport-Recommandations Académie Nationale de Médecine.

Joyal C.C., Pitkonen V., Paavola P., et al, Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia, *Psychol. Med.* 2004, 34: 433-42

Jutant A., Le psychiatre face au concept de dangersité, thèse, 2009

Kaluszynski M., Le retour de l'homme dangereux. Réflexions sur la notion de dangersité et ses usages, *Champ Pénal*, Vol. V, 2008.

Lamanda V, Rapport parlementaire, *Amoindrir le risque de récidive*, 30 mai 2008

Lanteri- Laura G., Perspective historique in, Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Agression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

Lantéri-Laura G., De la pathologie mentale au siècle des Lumières in 2000 ans de psychiatrie, Paris ; Publication Andex, 2000, 64

Le Bihan P., Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Lievens P., L'apport de la psychiatrie à l'utilisation du concept de personnalité dangereuse, in Debuyst C. (sous la direction de) "*Dangerosité et justice pénale : ambigüité d'une pratique*", C. Coll Déviance et sociétés, Médecine et Hygiène, Masson, Genève, 1981

Manzanera C, Senon J. L., « L'expertise psychiatrique pénale » in Senon J.L., Lopez G., Cario R. (sous la direction de) *Psychocriminologie*, Ed. Dunod, 2^{ème} édition, 2012

Martiens W.G.P., Koeter M.W.J., van der Staak C.P.F., van den Brink W., Static and Dynamic Patient Characteristics as Predictors of Criminal Recidivism: A Prospective Study in a Dutch Forensic Psychiatric Sample, *Law and Human Behavior*, Vol. 30, No. 3, Juin 2006, doi: 10.1007/s10979-006-9013-4

Michel J. P., Rapport au Sénat n°216, sur la proposition de loi de MM. J-R Lecerf, G. Barbier et Mme C. Demontès relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits, janvier 2011

Millaud F, Dubreucq JL. Les outils d'évaluation du risqué de violence : avantages et limites. *Inf. Psychiatr.* 2012 ; 88 : 431-7 doi :10.1684/ipe.2012.0938

Monahan J. "Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques". In: Sage, Monahan J, Stedaman HJ, editors. *Violence and mental disorder: development in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press;1996

Morel B.A., Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades, J. B. Baillière, Paris, 1857

Moulin V., Palaric R., Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangersités ? *Inf. Psychiatr.* 2012; 88 : 617-29 doi :10.1684/ipe.2012.0968

Nestor P.G., Mental disorder and violence personality dimensions and clinical features, *Am. J. Psychiatry*, 2002; 159: 1973-8

Niveau G, Evaluation de la dangerosité et du risque de récurrence, Ed l'Harmattan, 2011

Odeh M. S., Zeiss R.A., Huss M.T., Cues they use: clinicians' endorsement of risk cues in Prediction of Dangerousness, *Behav. Sci. Law* 24: 147–156 (2006)

Organisation Mondiale de la santé. Rapport sur la violence et la santé. Genève. OMS ; 2002

Pascal J.C. , Comment définir la « dangerosité psychiatrique » dans le champ des dangers in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Pham T. H., Ducro C., Marghem B., Réveillère C., Évaluation du risque de récurrence au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone, *Ann. Méd. Psychol.* 163 (2005) 842–845

Pham T.H., Ducro C., Evaluation du risque de récurrence en Belgique Francophone : données préliminaires d'analyse factorielle de la «Sex Offender Recidivism Appraisal Guide» (SORAG) et de la Static-99, *Ann. Med. Psychol.*, 166 (2008) 575-579

Pinel, Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Richard, Caille et Meiner, Paris, 1801

Polge C., Quel est le cadre légal du traitement des AVS en dehors de et durant la judiciarisation ? In Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Aggression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

Poncella P., Promenade de psychiatrie pénale sur les chemins hasardeux de la dangerosité in Mbanzoulou P., Bazex H., Razac O., Alvarez J., Ed Les Nouvelles figures de la dangerosité. Paris, l'Harmattan «Sciences criminelles», 2008 p 91-92

Puig-Verges N., Schweitzer, Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilité et certitudes, vers de nouvelles logiques. *Ann. Méd. Psychol.*, 163 (2005) 816-819

Rapport du Sénat, L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, document de travail du Sénat, série législation comparée, 2004, p132-28

Reneville M, Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangerosité en psychiatrie? Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Richard-Devantoy S., Quelles sont les données de la littérature internationale concernant la violence chez les personnes présentant une schizophrénie? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Rosatti P. (sous la direction de), L'Expertise Médicale : De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, Volume 2, Ed. Médecine et hygiène.

Rossinelli G., (sous la présidence de), Audition publique *Expertise psychiatrique pénale* des 25 et 26 janvier 2007, Rapport de la commission d'audition, Fédération Française de Psychiatrie

Rouillon F., Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements français, in Audition publique des 25 et 26 janvier 2007, *Expertise psychiatrique pénale*, Rapport de la commission d'audition, Fédération Française de Psychiatrie,

Roure L., Duizabo P., Les comportements violents et dangereux Aspects criminologiques et psychiatriques, Ed Masson, Mai 2003

Senninger J. L., Dangerosité, étude historique, *Inf. Psychiatr.* 1990 ; 66, 689-96

Senon J.-L. et al, Dangerosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts, *Inf. Psychiatr.*, 2009/8 Volume 85, p 719-725

Senon J. L., Manzanera C., Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann. Méd. Psychol.* , 164, (2006). 818-827

Senon J. L., Manzanera C., Organisation et articulation des soins, dans le champ médico-légal entre psychiatrie publique et justice, in Senon J.L., Lopez G., Cario R., (sous la direction de) , *Psychocriminologie*, Ed Dunod, 2^{ème} édition,

Steadman et al, Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, *Archive of General Psychiatry*, 1998, 55(5): 393-401

Steadman H., Cocozza J., *Careers of the Criminally Insane*, 1974. Lexington, MA: Health.

Thibaut F, Desguines C, Dosquet P, Laborde C (Comité d'organisation), Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, rapport de la HAS, juillet 2009

Thornberry T.P., Jacoby J.E., *The Criminally Insane: A Community Follow-up of Mentally Ill Offenders*, 1979, Chicago: The University of Chicago Press

Tulkens F (textes recueillis par) Introduction in *Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914)*, Bruxelles, E. Story Scienica ; 1988 p.8

Vacheron M.N., Cornic F., Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? in Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de*

risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Mars 2011

Voyer M., La dangerosité psychiatrique et son contexte, *in* Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Voyer M, Comment évaluer le risque de violence des malades mentaux ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagées dans l'équipe soignante, *in* Audition Publique HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

Voyer M, Senon JL. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *Inf. Psychiatr.* 2012; 88: 445-53 doi: 10.1684/ipe02012.0940

Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2004;161:716–27.

Zagury D., Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique, *in*, Conférence de Consensus des 22 et 23 Novembre 2001, *Psychopathologie et traitement actuel des Auteurs d'Agression sexuelle*, Psychiatrie, Justice et Déviance sexuelle

Annexe A

Questionnaire

Evaluation de la dangerosité dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale

Recueil données sociodémographiques

- Etes-vous un homme ☐ une femme ☐ ?
- Quel est votre âge ? :
- Quel a été votre lieu de formation ? :
- Quelle est la date d'obtention de votre thèse ? :
- Depuis quelle année exercez-vous votre pratique expertale ? :

Pour chaque question plusieurs réponses sont possibles.

Question 1 / Utilisez-vous, une classification internationale pour déterminer s'il existe des anomalies mentales ou psychiques ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

☐ CIM-10

☐ DSM-IV

☐ Autres (précisez si possible) :

Question 2 / Explorez vous les traits de personnalité :

par **entretien libre**

☐ oui

☐ non

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons :

par **questionnaire semi-structuré**

☐ oui

☐ non

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons ? :

par **questionnaire et inventaire de personnalité**

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels ?

☐ MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, permet une évaluation de la structure de la personnalité et exploration de la psychopathologie en 370 items)

☐ MCMI-3 (Millon Clinical Multiaxial Inventory, exploration de la psychopathologie, révisée en fonction du DSMIV en 1969, 175 items réponse de type vrai/faux)

☐ 16 PF (Reports Sixteen Personality Factor Questionnaire)

☐ EPI (Eysenck Personality Inventory)

☐ CPPI (Inventaire de personnalité de Gordon)

☐ autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons ? :

☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France

☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)

☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique

☐ Autres (précisez si possible)

Question 3 / Utilisez-vous des tests projectifs ?

☐ oui

☐ non

Si oui lesquels ?

☐ Rorschach

☐ TAT

☐ Drew-a-person de Manchover

☐ House Tree Person de Buck

☐ Autres (précisez si possible) :

Question 4/ Explorez-vous les aspects psycho criminologiques :

par **entretien libre**

☐ oui

☐ non

Si oui quels sont les éléments que vous recherchez ?

☐ degré de reconnaissance des faits

☐ appréciation du retentissement psychologique de la victime

☐ rapport à la loi

- ☐ "nature" de l'acte
- ☐ mobiles particuliers
- ☐ modes opératoires
- ☐ qualité des victimes
- ☐ concomitance / corrélation des infractions
- ☐ passé pénal
- ☐ autres (précisez si possible) :

par **entretien semi-structuré**

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui lesquels ?

☐ QICPASS (Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agression Sexuelle, guide d'entretien structuré avec des questions de type ouvertes, semi ouvertes et fermées)

☐ Autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez- vous en indiquer les raisons ?

- ☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France
- ☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)
- ☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique
- ☐ autres (précisez si possible) :

Question 5/ Explorez-vous le risque de récurrence ?

par **entretien libre**

- ☐ oui
- ☐ non

par **utilisation d'échelles spécifiques**

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ SVR-20 (Sexual Violence Risk, échelle d'évaluation et de gestion du risque sur patients auteurs de violence sexuelle, 20 items cotés de 0 à 3)
- ☐ Static-99 (instrument évaluant le risque de récidive à long terme en 10 items + utilisation du SACJ (Structured Anchored ClinicalJudgement))
- ☐ Autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons ?

- ☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France
- ☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)
- ☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique
- ☐ absence d'outils adaptés aux faits incriminés
- ☐ autres (précisez si possible) :

Question 6: Explorez-vous la dangerosité psychiatrique ?

par **entretien libre**

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, quels sont les éléments dont vous tenez compte :

- ☐ âge
- ☐ sexe
- ☐ contexte socioéconomique / niveau d'étude
- ☐ statut marital
- ☐ étayage affectif / social
- ☐ rupture de soins
- ☐ consommation de toxiques
- ☐ antécédents de violence subie et/ou agie
- ☐ facteurs de protection
- ☐ facteurs spécifiques à la pathologie mentale (contenu du délire, hallucinations, etc...)
- ☐ autres (précisez si possible) :

par **utilisation d'échelles actuarielles**

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

☐ VRAG (Violence Risk Appraisal Guide, outil prédictif du risque de récidive après la sortie de patients hospitalisés, à 10 ans, en 12 items, score allant de 0 à 100)

☐ ICT (Iterative Classification Tree)

☐ Autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez- vous en indiquer les raisons ?

☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France

☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)

☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique

☐ autres (précisez si possible) :

par utilisation de méthodes semi-structurées fondées sur le jugement clinique

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

☐ HCR-20 (Historical clinical risk, évaluation en 20 items des facteurs cliniques et facteurs de gestion du risque)

☐ échelle de DITTMAN (évaluation des éléments de personnalité, attitude par rapport au trouble, reconnaissance du délit, réponse de type "favorable" / "défavorable" pas de score mais orientation globale)

☐ autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez- nous indiquer les raisons ?

☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France

☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)

☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique

☐ autres (précisez si possible) :

Question 7 / Concernant un facteur de risque spécifique aux pathologies mentales, explorez-vous la dimension psychopathique :

par **entretien libre**

☐ oui

☐ non

par utilisation d'une **échelle de psychopathie**

☐ oui

☐ non

Si oui lesquelles ?

☐ PCL-R (Psychopathy check list (version révisée), échelle de psychopathie de Hare)

☐ autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez- vous en indiquer les raisons ?

☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France

☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)

☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique

☐ autres (précisez si possible) :

Question 8 / Explorez-vous l'impact des soins sur l'évolution du risque de récidive et/ou de dangerosité ?

par **entretien libre**

☐ oui

☐ non

Si oui, quels sont les éléments que vous recherchez ?

☐ observance du traitement / adhésion aux soins

☐ alliance thérapeutique

☐ rupture du cadre de soins

☐ amélioration clinique

☐ autres (précisez si possible) :

par utilisation **d'échelles spécifiques**

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ VIAOT (Vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs thérapeutiques)
- ☐ IMPC (Instrument de Mesure des Progrès Cliniques)
- ☐ Autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons ?

- ☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France
- ☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)
- ☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique
- ☐ autres (précisez si possible) :

Question 9 / Concernant les expertises de mineurs utilisez-vous des échelles spécifiques ?

☐ oui

☐ non

Si oui lesquelles ?

- ☐ SAVRY (Structured Assessment of Violent Risk in Youth, évaluation des facteurs de risque connus, en lien avec contexte social, individuels, en 24 items, pas de calcul de score)
- ☐ Autres (précisez si possible) :

Si non, pouvez-vous en indiquer les raisons ?

- ☐ absence de traduction et/ou de validité de ces outils en France
- ☐ contraintes techniques trop importantes (temps, faisabilité, etc ...)
- ☐ parce que vous estimez que ces outils n'ont pas de pertinence dans votre pratique expertale et/ou clinique
- ☐ autres (précisez si possible) :

En vous remerciant sincèrement pour l'attention et le temps apporté à ce questionnaire.

Annexe B

Tests Psychométriques de personnalité

Les questionnaires d'évaluation de la personnalité ou test psychométriques:

Ce sont des questionnaires qui ont pour but de décrire la structure de la personnalité d'un individu, ses caractéristiques et ses traits. Plusieurs d'entre eux visent plus précisément à déceler la présence d'une pathologie psychique ou d'un trouble de la personnalité ainsi que la symptomatologie qui y est inhérente.

MMPI-2/ MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Le MMPI a été élaboré aux Etats-Unis dans les années 40 par S.R. Hathaway et J.C. McKinley pour la première version, puis en 1989 pour la version révisée.

Il permet l'évaluation de la structure de la personnalité et de la dimension psychopathologie et d'identifier des profils à risque de passage à l'acte. Il est constitué de 566 items, la version abrégée contient (elle) 370 items. Il est composé de questions auxquelles la personne évaluée doit répondre par vrai ou faux. Après compilation, on obtient une quantification pour 10 échelles cliniques: hypocondrie, dépression, hystérie de conversion, psychopathie, masculinité-féminité, paranoïa; psychasténie, schizophrénie, hypomanie et introversion sociale. De plus le MMPI contient 3 échelles de validité: mensonge, réponses inhabituelles, orientation défensive.

Les scores pour les échelles psychopathologiques sont cliniquement significatifs lorsqu'ils sont supérieurs à 70. Ce score correspond à 2 écart-types au-dessus du score moyen de la population générale, lequel est établi à 50.

Il jouit de qualités psychométriques bien établies.

MCMI ou test de Millon Million Clinical Multi axial Inventory **MCMI** (3^{ème} version en 1994)

C'est un test objectif en 175 questions auxquelles les sujets évalués doivent répondre par vrai ou faux, qui permet une évaluation psychopathologique, à faire en lien avec les diagnostics du DSM-IV. La première version a été créée en 1969.

Sa passation se fait en 25 à 30 minutes. Lors de la première étape de la procédure de compilation, on obtient une quantification brute de 11 troubles de la personnalité: schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, schyzotypique, états limite et paranoïde. Dans une seconde étape, les données brutes obtenues sont transformées en taux basaux, conversion qui repose sur les données relatives à la prévalence de chacun des troubles de la personnalité évalués. Finalement les taux de base sont interprétés en fonction de deux seuils de discrimination.

Cet outil contient également 9 échelles qui concernent des troubles mentaux graves: anxiété, somatoforme, hypomanie, dysthymie, abus d'alcool, abus de drogue, pensée psychotique, dépression psychotique, délire psychotique.

Il existe une version française validée de cet outil.

16 PF 16 Personality factors

Cet instrument permet d'évaluer 16 traits fondamentaux de personnalité. Cependant, même s'il est utile pour distinguer les sujets normaux de ceux présentant un trouble mental, il ne discrimine pas entre les personnes présentant différents troubles de personnalité.

EPQ Eysenck personality questionnaire

Cet outil a été élaboré en 1975. Il permet d'évaluer 3 dimensions de la personnalité: le psychotisme (agressif, cherche les sensations fortes), l'extraversion (dominant, actif, affirmatif) et le névrotisme (anxiété, dépression, faible estime de soi).

Neo- PI NEO Personality Inventory

Il s'agit d'un outil d'évaluation de la personnalité élaborée en 1985. Il permet d'évaluer 5 facteurs de la personnalité: le névrotisme, l'extraversion, l'ouverture aux expériences, la conscience, l'altruisme.

SCID –II version française (Bouvard) Structural Clinical Interview for DSM

Il permet l'évaluation des troubles de la personnalité. Il est composé d'un auto-questionnaire et d'un entretien semi-structuré.

Annexe C

Guides d'entretien structurés et semi-structurés

QUICPASS Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs de Violence sexuelle.

Ce questionnaire d'inspiration psychanalytique a été créé par Balier *et al.* Sa première version, le Q.I.A.P.A.S., ou Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs Présumés d'Agressions Sexuelles, était issue d'une demande de recherche sur la configuration de la personnalité des auteurs d'agressions sexuelles, de la Direction générale de la Santé. Pour ce faire, ce questionnaire a été administré à deux cents détenus volontaires, prévenus ou condamnés pour délit ou crime sexuel, incarcérés dans dix-huit Services Médico Psychologiques Régionaux, Centres de Détention et Maisons d'Arrêt répartis sur le territoire national français. Cent soixante-seize de ces dossiers ont été exploités et comparés à un groupe témoin de 32 non-agresseurs sexuels (sujets violents incarcérés pour coups et blessures volontaires sans agression sexuelle). Une version adaptée du questionnaire a donc été conçue pour la population témoin.

Un des atouts semble être l'aide importante du questionnaire (toujours administré par le biais d'un entretien) à la verbalisation par le délinquant sexuel. C'est ainsi que ses auteurs le considèrent comme permettant de développer une relation d'accueil et d'évaluation, d'amorcer une relation thérapeutique, et d'augmenter la probabilité de l'émergence d'une demande de prise en charge, puisque 50 % des sujets interrogés ont émis une demande de thérapie. Cet outil a donc été décrit par Ciavaldini (1999) comme un « aménageur de la relation ». Le Q.I.A.P.A.S. a été remodelé et est disponible sous le nom de Q.I.C.P.A.A.S.

Outre les aspects communément étudiés (données d'identification, éléments anamnestiques), ce guide d'entretien structuré essaie d'aborder des éléments plus subjectifs, comme le vécu psychique entourant l'acte délictueux et, notamment, la manière dont les sujets interrogés considèrent certains éléments du délit (comme, par exemple, le niveau de violence utilisé). Il est composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées.

Comme le rappellent Cornet *et al.*, qui fournissent une description détaillée du questionnaire, la passation du QICPAAS dure en moyenne 3h30 et s'effectue en deux ou trois entretiens. Le QICPAAS ne possède ni critères de cotation ni grille d'interprétation.

HCR Historical Clinical Risk-20

Cette échelle a été créée en 1998 puis a été modifiée ultérieurement par Webster, à partir d'une population de sujets médico-légaux et de détenus. Elle peut être utilisée dans des contextes de psychiatrie civile, pénale ou dans le cadre judiciaire.

Elle est conçue comme un guide structuré, qui est constitué de 20 items répartis en trois sous-échelles: Historique, Clinique et gestion du Risque. Chaque item est évalué sur une échelle en trois points : 0 indique que l'item ne s'applique pas, 1 que l'item s'applique dans une certaine mesure et 2 que l'item s'applique totalement. La HCR-20 est composée à la fois de facteurs statiques et de facteurs dynamiques. Ses créateurs ont en effet estimé que la prédiction de la

dangérosité doit aussi considérer des facteurs environnementaux, sociaux et situationnels. Cela explique que la HCR-20 soit prometteuse à la fois sur les plans méthodologique et éthique.

Le propre du HCR-20 est de conserver toute son importance au domaine clinique. Il ne convient donc pas de tenter d'effectuer une appréciation mathématique du risque de récidive en additionnant simplement les points de cotation des items puis en se contentant d'une comparaison du score obtenu avec le plus haut ou le plus bas score possible. Le score total obtenu doit être retenu comme un des éléments de l'appréciation, au même titre que chaque item apprécié qualitativement. Par exemple, un sujet qui aurait un score global moyennement élevé, réparti sur les différents items, ne serait pas forcément plus à risque qu'un autre sujet qui aurait obtenu un score plus bas mais dont certains items seraient très significatifs, tels un degré de psychopathie très élevé ou des facteurs cliniques actuels très perturbés. L'évaluateur prenant donc en considération les dimensions quantitatives et qualitatives des scores de chaque dimension et du score global appréciera le risque de récidive comme élevé, moyen ou faible. A la fin de son évaluation, l'évaluateur devrait être en mesure de préciser, s'il y a un risque, qui est exposé à ce risque, quelle en est la nature, quelles sont les circonstances susceptibles d'entraîner le passage à l'acte, et quelle pourrait être l'évolution de ce risque.

Concernant la qualité de la HCR-20, différentes études montrent une bonne qualité prédictive de la récidive, et notamment de la récidive violente. La possibilité de pondération laissée à l'évaluateur permet en particulier la prédiction de réitération de violence de façon bien meilleure que d'autres méthodes.

Facteurs historiques (score de 0 à 20)	Facteurs cliniques (score de 0 à 10)	Facteurs de gestion du risque (score de 0 à 10)
H1 Violence antérieure H2 Premier acte de violence durant la jeunesse H3 Instabilité des relations intimes H4 Problèmes d'emploi H5 Problèmes de toxicomanie H6 Maladie mentale grave H7 Psychopathie H8 Inadaptation durant la jeunesse H9 Troubles de la personnalité H10 Echecs antérieurs de surveillance	C1 Introspection difficile C2 Attitudes négatives C3 Symptômes actifs de maladie mentale grave C4 Impulsivité C5 Résistance au traitement	R1 projet manquant de réalisme R2 exposition à des facteurs déstabilisants R3 Manque de soutien personnel R4 Inobservation des mesures curatives R5 Stress

La HCR-20 a été traduite en français et validée par Pham *et al*, à l'université de Mons en Belgique. Ce groupe de recherche a également testé la capacité prédictive de l'instrument en l'appliquant à un groupe mixte de 91 sujets provenant soit d'un pénitencier de haute sécurité, soit d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. La période moyenne de suivi après libération était de 3,4 ans. La qualité prédictive était plutôt bonne avec une ASC de 0,73 pour la récidive violente et la récidive générale.

START Short-Term Assessment of Risk and Treatability

Il s'agit d'un outil récent d'évaluation du risque de violence chez les sujets souffrant de troubles mentaux, d'abus de substance et de troubles de la personnalité. Il est destiné à compléter la HCR.

Il comprend 20 items, avec un risque final estimé « faible, modéré ou fort ». A la différence des autres outils, il inclut des facteurs protecteurs. Webster *et al* ont publié en 2009, une révision de la START avec une modification de 3 items.

SARA Spousal Assault Risk Assessment

C'est une échelle de jugement clinique structuré s'appliquant de façon spécifique aux auteurs de violences conjugales. Elle a été créée par Kropp, Hart, Webster et Eaves en 1999, au Canada.

Les 20 facteurs de risque ont été sélectionnés sur la base d'une revue de la littérature ainsi que de considérations cliniques et légales. Ils sont répartis en deux parties. Le codage des items se fait selon une échelle de 0 à 2 :

0 : absence du facteur

1 : présence partielle du facteur

2 : présence nette du facteur

Partie 1 Facteurs de risque généraux de violence

1. Antécédents de violence à l'égard de membres de la famille
2. Antécédents de violence à l'égard d'inconnus ou de connaissances
3. Antécédents de violation des conditions de mis en liberté ou de contrôle social
4. Problèmes relationnels récents
5. Problèmes récents d'emploi
6. Victimes et/ou témoins de violence familiale dans l'enfance ou l'adolescence
7. Dépendance ou abus de substance récente
8. Récente tentative ou idées suicidaires ou d'homicide
9. Récents symptômes psychotiques ou maniaques
10. Trouble de la personnalité, avec colère, impulsivité ou instabilité comportementale

Partie 2 Facteurs de risque de violence conjugale

11. Antécédents d'agression physique
12. Antécédents d'agression sexuelle ou de crise de jalousie
13. Antécédents d'usage d'une arme ou de menace de mort crédible
14. Récente aggravation dans la fréquence ou la sévérité des agressions
15. Antécédents de violation d'une interdiction du contrat
16. Minimisation extrême ou déni des antécédents de violence conjugale
17. Attitude qui soutient ou excuse les violences conjugales
18. Agression grave ou sexuelle lors de l'agression la plus récente
19. Usage d'une arme ou de menace de mort crédible lors de l'agression la plus récente
20. Violation de l'interdiction de contact lors de l'agression la plus récente

Le guide de la SARA prévoit que l'évaluateur apprécie ces 20 facteurs, puis la présence éventuelle de facteurs supplémentaires spécifiques au cas en question. Finalement, le risque de récurrence de violences conjugales est estimé selon 3 degrés : bas, moyen ou élevé.

Millaud

Il s'agit d'un outil canadien qui pondère l'engagement initial. L'évaluation quantitative et qualitative se superposent, tout en utilisant l'HCR-20 comme aide-mémoire. Dans les pays européens, son utilisation reste embryonnaire.

Echelles d'évaluation du risque de récurrence de crimes sexuels

SVR-20 Sexual Violence Risk

Cet outil est un outil dynamique d'évaluation du risque de récurrence qui a été créé en 1997. L'échelle a été conçue par l'équipe de Webster, après la HCR-20, en reprenant les principes de celle-ci ainsi que des éléments de l'échelle SARA, consacrée aux violences domestiques. Elle permet de réaliser une évaluation clinique structurée du risque de récurrence d'agressions sexuelles violentes chez les auteurs d'agression sexuelle, dans un contexte médico-légal, pénal ou civil. Elle contribue à systématiser l'évaluation du risque d'agression sexuelle.

Cet outil comprend 20 facteurs de risque, qui sont regroupés en 4 catégories:

- ajustement psychosocial, par exemple : déviance sexuelle, victime d'abus pendant l'enfance, psychopathie, troubles mentaux majeurs.
- délits sexuels, par exemple : haute densité de délits commis, multiplicité de délits commis, séquelles physiques aux victimes d'agression sexuelle.
- planification du futur, par exemple : manque de projet réaliste, attitude négative envers l'intervention.
- autres considérations.

	Items adaptation psychosociale	Présence Oui- ? – Non 0-1-2	Changement + 0 -
S1	Déviation sexuelle		
S2	Victime d’abus durant l’enfance		
S3	Psychopathie		
S4	Maladie ou handicap mental		
S5	Usage de substances		
S6	Idées de suicide ou d’homicide		
S7	Problèmes relationnels		
S8	Problèmes d’emploi		
S9	Antécédents de délits violents non sexuels		
S10	Antécédents de délits non violents et non sexuels		
S11	Echecs de mesures de surveillance dans le passé		
	Total des facteurs d’adaptation psychosociale	/22	

	Items délits sexuels	Présence Oui- ? – Non 0-1-2	Changement + 0 -
V1	Fréquence élevée de délits sexuels		
V2	Délits sexuels de types multiples		
V3	Dommages physiques de la victime lors des délits sexuels		
V4	Usage arme / menace de mort durant les délits sexuels		
V5	Augmentation fréquence ou gravité des délits sexuels		
V6	Minimisation ou déni extrême du délit sexuel		
V7	Attitude encourageant ou excusant les délits sexuels		
	Total des items délits sexuels	/14	

	Items de gestion de l’avenir	Présence Oui- ? – Non 0-1-2	Changement + 0 -
R1	Manque de planification réaliste		
R2	Attitude négative envers la thérapie		
	Total des items de gestion de l’avenir	/4	

Si la SVR-20 est utilisée dans un cadre de recherche, une cotation de même type que la HCR-20 est souvent utilisée. Le score pour chaque item est codé sur une échelle de 3 points : 0 =

non applicable compte tenu des informations disponibles, 1 = probablement ou partiellement applicable, 2 = définitivement applicable.

Si la SVR-20 est utilisée dans un contexte clinique, une cotation plus souple et complète peut être employée :

- un item est codé Non si le facteur de risque peut être clairement exclu ou ne s'applique pas au cas du sujet à évaluer,
- un item est codé ? si le facteur est probablement présent ou faiblement présent,
- un item est codé Oui si le facteur de risque est clairement et nettement présent.
- Un item est codé Omis s'il existe un défaut d'information dans le domaine de nature à ne pas pouvoir émettre une opinion.
- De plus, lorsqu'un item a été codé Oui, il est conseillé de noter les variations récentes de cet item de façon à pouvoir apprécier l'évolution du risque. L'évolution des variations peut être codée + en cas d'aggravation, 0 en l'absence de changement, et – en cas d'amélioration portant sur ce facteur.

Les auteurs de cet instrument conseillent d'évaluer le risque de récidive sur la base de 3 degrés d'appréciation : bas, moyen, élevé. Ils ne donnent volontairement pas de seuil chiffré des résultats de passation de la SVR-20 en rapport avec ces 3 degrés, afin de bien marquer le caractère clinique de l'instrument.

L'échelle a été traduite en français mais il n'existe aucune version ayant fait l'objet d'une validation en France.

SONAR Sex Offender Need Assessment Rating

En 2001, Hanson et Harris ont développé la SONAR pour pallier le manque d'évaluation standardisée du changement de risque de récidive auprès des auteurs d'agression sexuelle. Il s'agissait notamment d'apprécier si l'auteur d'agression sexuelle avait ou non complété avec succès un traitement. En comparant un groupe de délinquants récidivistes avec un groupe de non récidivistes, ces auteurs ont dégagé un certain nombre de facteurs dynamiques significatifs de la récidive.

Cet outil est constitué de 5 facteurs stables (influences sociales négatives, problèmes sur le plan de l'intimité, attitudes tolérantes à l'égard des agressions sexuelles, manque de maîtrise de soi sur le plan sexuel, manque de maîtrise de soi en général) et 4 facteurs aigus (toxicomanie, humeur négative, colère et hostilité, accès aux victimes).

Items stables		Score
Relations affectives	Relation stable actuelle : 0 Relation conflictuelle actuelle : 1 Absence de relation stable : 2	
Influences sociales	Bilan social positif 2 + : 0 Bilan social de 0 ou 1 : 1 Bilan social négatif : 2	
Attitudes	Aucune réponse positive : 0 Quelques réponses positives : 1 Beaucoup de réponses positives : 2	
Maitrise de soi émotionnelle et sexuelle	Pas de revendication ni de préoccupation : 0 Quelques revendications et préoccupations : 1 Fortes revendications et préoccupations : 2	
Maitrise de soi générale	Aucun problème : 0 Quelques problèmes : 1 Sérieux problèmes : 2	
Facteurs de risque aigu		
Abus de substance	Mieux -1, pareil 0, pire + 1	
Humeur négative	Mieux -1, pareil 0, pire + 1	
Colère, agressivité	Mieux -1, pareil 0, pire + 1	
Accès à une victime	Mieux -1, pareil 0, pire + 1	
Total		

Les items des facteurs stables sont cotés de 0 à 2 et ceux des facteurs de risque aigu sont cotés de -1 à +1. Les items du SONAR sont évalués à partir de plusieurs entretiens semi-structurés. Il est nécessaire de lire le dossier officiel et clinique afin de confronter les informations et de vérifier la véracité de récit des personnes évaluées.

Une version francophone du SONAR est proposée par les auteurs sur le site internet du Solliciteur général du Canada.

Guide d'Aubut

Ce guide d'évaluation clinique a été élaboré en 1993 par l'équipe d'Aubut de l'institut Pinel de Montréal. Selon ces auteurs, « *le jugement clinique restera toujours essentiel et sera étayé par des données de la littérature scientifique appliquées à chaque cas individuel, de même que par une évaluation globale tenant compte des paramètres psychologiques, sociologiques, physiologiques et psychométriques* »

Il est constitué d'un catalogue de questions fermées. Il se fonde sur les propos du participant et recouvre 23 domaines au total. Il est conçu comme un aide mémoire rappelant à l'évaluateur les données pertinentes lors de l'entretien clinique. Concernant la reconnaissance des faits, cette évaluation porte sur les dimensions suivantes :

- les facteurs précipitant,
- les signes précurseurs,
- le degré de préméditation,
- le choix de la victime et du lieu de l'agression,
- la description du délit,
- les fantasmes liés au délit,
- les affects associés au délit (avant, pendant, après),
- les circonstances de l'arrestation.

Ce guide distingue 4 niveaux de reconnaissance :

- le déni complet des faits,
- la reconnaissance de contacts sexuels mais pas de leur caractère délictuel,
- la reconnaissance du délit mais évocation de facteurs explicatifs extérieurs,
- la reconnaissance du délit ainsi que d'autres déficits tels que les relations insatisfaisantes avec les femmes.

Annexe D

Echelles actuarielles

PCL-R et PCL-SV Psychopathy Check List Revised et Psychopathy Check List Screening Version

La PCL-R a été développée par Hare ; la première échelle composée de 22 items a été mise au point en 1980, la forme définitive PCL-R en 1991.

Au départ, il s'agissait d'une échelle destinée à dépister l'existence d'un trouble de la personnalité de type psychopathique. La PCL-R est basée sur la description de la psychopathie de Clekley, en 1976.

Normalement, il ne s'agit pas d'un instrument d'évaluation du risque de violence, mais elle est souvent utilisée dans ce but, en raison de sa capacité prédictive pour tous les types d'infractions. Hare, en 1991, retrouvait que chez des patients hospitalisés le score de psychopathie était associé au nombre total d'infractions, au nombre d'infractions violentes et au nombre moyen d'infractions violentes par année de liberté.

Elle est constituée de 20 items qui permettent d'évaluer les traits de personnalité et de comportement chez les personnes présentant une psychopathie. Chaque item correspond à un score de 0 à 2 : 0 correspond à un item absent, 1 correspond à un item présent de façon peu prononcée, 2 à un item nettement présent. Le score total va de 0 à 40 et représente le niveau de ressemblance d'un individu avec le prototype du psychopathe. Un score supérieur à 30 indique une psychopathie grave et est associé à un risque de comportement violent.

La question du seuil, ou cut-off, appliquée à la PCL-R est importante à comprendre. En effet, l'échelle de Hare mesure un continuum entre l'absence de traits psychopathiques et la psychopathie clairement établie et permet, justement au-delà d'un certain seuil de poser le diagnostic de psychopathie. Ce seuil varie selon le type de milieu socioculturel. Le score de cut-off pour les USA est de 30, alors qu'en Europe est évoqué plutôt celui de 25. La différence se situerait principalement dans le facteur antisocial, plus élevé aux USA, vu la plus grande accessibilité aux armes par exemple. Il est également important de préciser que cette échelle ne doit pas être utilisée pour faire des évaluations répétées, pour l'évaluation d'une psychothérapie par exemple. Elle doit l'être uniquement dans une démarche diagnostique.

Dans les recommandations du manuel de Hare: il est préconisé de recueillir les informations à travers la lecture des dossiers sociaux, cliniques et institutionnels et la réalisation de deux entretiens semi-structurés de 2 à 3 heures. Elle a donc des limites dans son utilisation en pratique clinique et est plutôt réservée à la pratique médico-légale.

La PCL-SV est en une version courte, devant être plus aisément utilisable en clinique. Différentes études ont montré que la PCL-SV a des capacités psychométriques comparables à la PCL-R ainsi que de bonnes qualités prédictives de la récidive violente.

Il s'agit d'un instrument destiné à cerner le fonctionnement criminel sous deux angles complémentaires : les traits de personnalité et les comportements antisociaux. Cette échelle a une structure à 2 facteurs.

Le facteur 1 regroupe les traits de personnalité tels que l'égoïsme, l'insensibilité et l'utilisation sans remords d'autrui. Nous pouvons le résumer en deux termes principaux : le narcissisme et la déficience émotionnelle.

Le facteur 2, fait référence aux comportements, c'est-à-dire au style de vie déviant, antisocial et chroniquement instable. Nous pouvons le résumer par les termes de style de vie et comportement antisocial. Ce facteur évolue avec le temps, dans le sens d'une diminution. C'est sur celui-ci que doivent se cibler les efforts thérapeutiques.

En 2003, Hare divise la PCL-R, suite à de nouvelles analyses factorielles, en 4 sous-échelles, qui reflètent les différents domaines d'expression de la psychopathie. Les sous-échelles 1 et 2 représentent la sous-division du facteur 1 en domaines affectifs et interpersonnels et les sous-échelles 3 et 4 reflètent la division du facteur 2 en instabilité du style de vie et en comportement antisocial.

De nombreuses études comparatives entre la PCL-R et d'autres instruments d'évaluation du risque de récidive, telle la VRAG ou la HCR-20 ont montré qu'elle avait des qualités prédictives équivalentes ou supérieures aux échelles proprement dites, et qu'elle pouvait être considérée comme l'un des meilleurs prédicteurs de la récidive, violente ou générale. La version française et ses qualités psychométriques associées sont reprises dans les études de Côté *et al.* et de Pham. Elle fait l'objet actuellement de nombreux développements dans les milieux francophiles, et semble être associée à une forte corrélation entre ses résultats et le risque de récidive criminelle, ce qui en fait une échelle spécifique intéressante. Une version francophone a été réalisée et validée par Th. Pham, de l'Université Catholique de Louvain. Une première étude de la capacité prédictive de cette version francophone, publiée en 1998, portait sur un groupe de 90 délinquants provenant d'une prison de haute sécurité ou d'un hôpital sécurisé. La PCL-R avait permis de prédire la récidive générale avec une ASC de 0.69 et la récidive violente avec une ASC de 0.75. Une nouvelle étude de Pham publiée en 2005 et portant sur la même population, mais avec un échantillon de 216 sujets, a montré des résultats comparables avec une ASC de 0.67 pour la prédiction de la récidive générale et une ASC de 0.75 pour la prédiction de la récidive violente.

Echelle de Psychopathie de Hare révisée (PCL-R)

1. Loquacité et charme superficiel
2. Surestimation de soi
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4. Tendance au mensonge pathologique
5. Duperie et manipulation
6. Absence de remords et de culpabilité
7. Affects superficiels
8. Insensibilité et manque d'empathie
9. Tendance au parasitisme
10. Faible maîtrise de soi
11. Promiscuité sexuelle
12. Apparition précoce de problèmes de comportement
13. Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17. Nombreuses cohabitations de courte durée
18. Délinquance juvénile
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20. Diversité des types de délits commis par le sujet

PCL-SV

Partie 1	Partie 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Superficiel 2. Surestimation de soi 3. Manipulateur 4. Manque de remords 5. Manque d'empathie 6. N'accepte pas les responsabilités 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Impulsif 8. Mauvais contrôle du comportement 9. Manque d'objectifs 10. Irresponsable 11. Comportements antisociaux à l'adolescence 12. Comportements antisociaux à l'âge adulte.

VRAG Violence Risk Appraisal Guide

Il s'agit d'une échelle actuarielle, créée en 1998 par Harris, Rice et Quinsey. Elle a été élaborée à partir d'une population de 618 patients hospitalisés dans un hôpital médico-légal de Haute sécurité, dont 15% étaient des délinquants sexuels. Les sujets ont été catégorisés selon un certain nombre de critères susceptibles de les différencier sur le plan de la récidive. Sur la base de ces critères des groupes ont été formés, avec pour chaque groupe un taux de récidive à 7 ans et à 10 ans. Lorsque l'on évalue un individu en utilisant la VRAG, on recherche dans un premier temps le groupe dont cet individu est le plus proche, en combinant les critères selon l'algorithme créé par les auteurs de l'échelle. C'est le taux de récidive du groupe ainsi choisi qui indique le risque pour l'individu.

La VRAG comprend 12 items auxquels un score doit être attribué en fonction de directives fournies par les auteurs. La pondération des scores aux 12 items est prédéterminée avec un résultat total donnant le risque de récidive de violence pour une période de 10 ans et allant de 0 à 100 %. Dans cette échelle, la schizophrénie est considérée comme un facteur abaissant le risque de violence. Elle s'évalue à partir de la lecture des dossiers des délinquants. Elle comprend des variables de nature clinique, démographique ou criminologique.

Items	Cotation	Score
1. A vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 16 ans	Oui : -2 Non : + 3	
2. Difficultés durant la scolarité primaire	Aucun problème -1 Problèmes légers ou modérés + 2 Problèmes sévères + 5	
3. Anamnèse de problèmes de consommation d'alcool	0 point : - 1 1 ou 2 points : 0 3 points : 1 4 ou 5 points : + 2	
4. Statut marital (au moment de l'agression actuelle)	Marié ou équivalent : - 2 Pas marié : + 1	
5. Anamnèse criminelle non violente	Score de 0 : - 2 Score de 1 ou 2 : 0 Score de 3 ou plus : + 3	
6. Echec d'une libération conditionnelle antérieure	Non : 0 Oui : + 3	
7. Age lors de l'agression	≥ 39 : - 5 34-38 : - 2 28-33 : - 1 27 : 0 ≤ 26 / + 2	
8. Blessures de la victime	Mort : -2 Hospitalisation : 0 Traité et retour à domicile : + 2 Aucune ou légère : + 2	
9. Présence d'une victime de sexe féminin (pour l'agression de référence)	Oui : - 1 Non : + 1	
10. Correspond au critère DSM d'un trouble de personnalité	Non : - 2 Oui : + 3	
11. Correspond au critère DSM-III du diagnostic de schizophrénie	Non : - 3 Oui : + 1	
12. Score à la Hare Psychopathy Check list- Révisée	≤ 4 : - 5 5-9 : - 3 10-14 : - 1 15-24 : 0 25-34 : + 4 ≥ 35 : + 12	
	Score total :	

Cette échelle a montré son efficacité pour prédire le risque de violence dans une population de patients médico-légaux aux antécédents de violence ou de condamnations et cela a été répliqué par environ 25 études, dans au moins 5 pays différents. Le ROC moyen de la VRAG est de 0.72. à court terme (moins d'un an). L'individu évalué est situé par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps.

Les critiques concernant cette échelle concernent surtout sa capacité à prédire le risque de violence future chez des patients de psychiatrie générale ne présentant pas d'antécédents importants de violence. Cette difficulté de prédiction s'appliquerait aussi bien à la violence en institution qu'à la violence dans la communauté. En revanche, Harris *et al.*, en 2004, en s'appuyant sur les données de l'étude Mac Arthur, et en utilisant 10 items de la VRAG, ont retrouvé une capacité de cette échelle à prédire le risque de comportement violent dans les 20 semaines après la sortie de l'hôpital, tant en ce qui concerne le nombre que la sévérité des actes de violence (aire ROC 0.77) pour des patients non médico-légaux. Mais il s'agit ici d'une étude rétrospective, les réponses aux items n'étant pas forcément disponibles. Enfin, il semble que cette échelle échoue dans sa capacité à prédire le risque de violence chez les femmes, mais une seule étude a été réalisée en population uniquement féminine.

La traduction et la validation de la VRAG en français ont été réalisées par Pham à l'Université de Louvain. Cette version francophone a été mise en œuvre auprès d'un groupe de 114 détenus belges provenant de pénitenciers de haute sécurité et d'un hôpital de sécurité, et suivis durant en moyenne 3,4 ans après leur libération. L'étude a montré une très bonne capacité de prédiction de la récidive violente avec une ASC à 0.82 et une bonne capacité de prédiction de la récidive générale avec une ASC à 0.74.

ICT Iterative Classification Tree

Cette échelle actuarielle a été développée à partir des données de l'étude Mac Arthur pour prédire le risque de violence dans la communauté de patients sortant d'une hospitalisation.

L'étude Mac Arthur a mesuré de nombreuses variables à partir d'une population de 1 000 patients psychiatriques suivis pendant 20 semaines après leur sortie de l'hôpital. Les variables qui étaient prédictives d'une violence future ont été utilisées pour classer les participants de l'étude en différentes catégories de risque, selon une analyse en branches.

La classification des groupes en différents niveaux de risque se fait sur la base de combinaisons particulières de variables. Cette méthode se centre sur les interactions plutôt que sur les effets spécifiques de chaque variable, ce qui entraîne de nombreuses combinaisons différentes de facteurs de risque pour classer une personne à faible ou haut risque.

Sur la base d'une séquence établie par l'arbre décisionnel, une première question est posée à toutes les personnes évaluées. En fonction de la réponse à cette question, une autre question est posée, ce processus se poursuivant jusqu'à ce que chaque personne soit classée dans un groupe de risque final, dans une catégorie à haut (score > 37 %) ou à faible risque de violence (score < 9 %).

Les facteurs de risque retenus dans l'échelle sont : la sévérité des arrestations antérieures, l'impulsivité motrice, la consommation de drogue par le père, les fantasmes récents de

violence, la présence d'un trouble mental majeur sans comorbidité d'abus de substance, la statut d'admission à l'hôpital (sous contrainte ou libre), la schizophrénie, les réactions de colère, l'existence d'un emploi, la violence récente (2 mois), une altération de la conscience (traumatisme crânien) et la violence parentale.

L'ICT a montré sa remarquable prédiction de la violence dans la population sur laquelle a été développé l'instrument (AUC = 0.82). Dans une autre étude, Monahan *et al.* ont recherché sa validité pour dépister les patients à faible et haut risque de violence, en dehors de l'hôpital, à partir d'une population de patients de psychiatrie générale. Ils ont retrouvé une AUC à 0.63 lorsque l'on se base sur les actes de violence sévères mais à 0.70 lorsque l'on prend en compte des actes de violence moins sévères.

L'ICT peut être facilement administrée, elle est simple d'utilisation et peut aider les cliniciens dans leur jugement sur le risque de violence présenté par des patients avant la sortie de l'hôpital. Elle peut également aider à dépister les patients à risque de violence en institution, dans une population de patients de psychiatrie médico-légale de moyenne sécurité. Sa prédictivité est comparable à celle de la VRAG pour cette population, avec une durée de passation d'environ 15 minutes alors que la VRAG demande environ 3 heures.

COVR Classification Of Violence Risk

Elle est construite sur la base de la Mac Arthur Study, avec une cohorte initiale de 1106 sujets, sur une période de 20 semaines. Il s'agit d'un recueil prospectif des actes de violence. Cette analyse a permis de dégager 106 facteurs de risque.

Instruments permettant une évaluation plus rapide en milieu hospitalier ou à la sortie de l'hôpital

VSC Violence screening checklist

Cette échelle a été mise au point par McNiel et Binder en 1994. L'échantillon initial consistait en une population de 238 patients hospitalisés dans un hôpital général. Cet instrument permet aux cliniciens une évaluation rapide du risque de violence, à court terme, de patients hospitalisés.

La première version de l'échelle VSC comportait 5 items :

- 1) agressions physiques et/ou peur induisant un comportement violent pendant les deux semaines précédant l'hospitalisation,
- 2) absence de comportements suicidaires pendant les 2 semaines avant l'hospitalisation,
- 3) diagnostic de schizophrénie et de manie,
- 4) genre masculin,
- 5) être marié ou vivre en couple.

Les items sont cotés 0 = non, 1 = oui et les scores < 3 et > 3 sont utilisés pour définir un risque faible ou élevé.

Nicholls *et al.* ont trouvé, dans leur étude sur des patients hospitalisés, que cette échelle avait une excellente sensibilité mais une faible spécificité dans l'évaluation à long-terme de la violence de patients masculins, hospitalisés. Par contre, la VSC est très utile pour l'évaluation de la violence à court terme chez les hommes hospitalisés. Il n'a pas été retrouvé d'association entre le score à la VSC et la violence institutionnelle commise par des femmes.

Dépistage rapide de Hartvig

Hartvig *et al.*, 2006, ont proposé une première étude permettant la création d'une liste rapide permettant l'évaluation du risque de violence, sur une période de 1 an, de patients sortis de l'hôpital. La population comprenait 110 patients, hommes et femmes.

Ils ont retrouvé à partir des items de l'HCR-20 et de la Violence Check-list que les facteurs prédisant le plus la violence future dans cette population étaient :

- les antécédents de violence,
- l'âge jeune au moment du premier acte violent,
- les antécédents d'abus de substance,
- les échecs antérieurs de libération conditionnelle,
- le manque d'insight,
- les menaces verbales,
- les menaces physiques,
- la suspicion,
- l'abus de substance actuel,
- le manque d'empathie,
- le manque de faisabilité des projets,
- le stress.

Ces auteurs ont trouvé qu'en utilisant uniquement les items « antécédents de violence », « antécédents d'abus de substance », « manque d'empathie » et « stress », il existait une bonne sensibilité (0,82) et une bonne spécificité (0,65) avec un cut-off à 1,5.

Un score de 2, 3 à l'addition du score de ces 4 items indiquerait une augmentation du risque de violence.

Instrument de Wooton

Wooton *et al.*, en 2008 ont développé un modèle de dépistage du risque de violence basé sur uniquement 5 facteurs, à savoir : l'âge, le sexe, les antécédents de violence, l'abus de substance et les troubles de la personnalité.

En étudiant les différentes combinaisons de ces facteurs, ils ont retrouvé une bonne capacité prédictive en associant l'âge, le sexe, les antécédents de violence et l'abus de substance avec une AUC à 0,71 et l'association des 5 facteurs donne une valeur d'AUC encore meilleure à 0,73 ce qui est comparable aux valeurs d'AUC de la VRAG et de l'HCR-20.

Par contre, cet instrument a été développé uniquement pour l'évaluation du risque de violence en dehors de l'hôpital chez des patients psychotiques de psychiatrie générale.

V-RISK-10

Cette échelle de dépistage a été développée par Brkjoly *et al.* en 2009 afin de permettre une évaluation rapide du risque de violence chez des patients de psychiatrie générale, en milieu intra hospitalier et à la sortie de l'hôpital.

C'est un instrument de dépistage clinique structuré avec des items évaluant les antécédents, la clinique et le risque futur.

Elle comprend 10 items :

- antécédents et/ou violence actuelle,
- antécédents et/ou menace actuelle (verbale ou physique),
- antécédents et/ou abus actuel de substances,
- antécédents et/ou maladie mentale grave actuelle,
- trouble de la personnalité,
- manque d'insight dans son comportement et/ou sa maladie,
- suspicion,
- manque d'empathie,
- projet irréaliste,
- exposition future à des situations stressantes.

Chaque item est évalué de 0 à 2, 0 étant l'absence du critère et 2 que l'item est présent.

Après avoir rempli les 10 items, le clinicien est appelé à donner un niveau de probabilité en s'appuyant sur les 3 catégories de risque à savoir: faible, modéré ou élevé. Puis, pour finir, il lui est demandé de sélectionner une des trois propositions d'intervention: soit l'exécution immédiate de stratégies de prévention, soit la nécessité d'une autre évaluation du risque, soit l'absence de nécessité d'une autre évaluation. La durée de passation est d'environ 5 minutes.

M-55

La «M55» de Kling R. *et al.*, créée en 2006 est un instrument utilisé comme un système d'alerte pour identifier les patients à risque de violence à leur arrivée à l'hôpital. Tous les patients admis à l'hôpital sont évalués selon la M-55.

Si le patient présente certains facteurs de risque de violence ou d'agression, une alerte est appliquée. Ce processus entraîne la mise en place d'une signalisation «V», sur le dossier informatisé du patient. Le patient sera réévalué périodiquement, et s'il ne présente plus de risque, le signalement sera levé. Il s'agit d'une évaluation rapide reposant sur peu des critères.

Un risque imminent est marqué par la présence de l'un des facteurs suivants :

- Antécédents de violence ou d'agressions physiques,
- être physiquement agressif ou menaçant,
- menaces verbales ou agressivité verbale.

Le risque est considéré comme imminent si l'on note la présence de 3 ou plus de ces facteurs:

- hurler,

- montrer des signes d'intoxication par l'alcool ou une autre drogue,
- avoir des hallucinations auditives ou verbales,
- menacer de partir,
- être confus,
- être suspicieux,
- être renfermé,
- être agité.

Echelles d'évaluation spécifiques du risque de récidive d'infractions sexuelles

SORAG Sex Offender Risk Appraisal Guide

Cet outil a été développé en 1995, par l'équipe de Quinsey, dans le but d'évaluer le risque de récidive des auteurs d'agression sexuelle et plus particulièrement la récidive sexuelle violente. Il a été construit en introduisant des variables plus spécifiquement associées à la récidive sexuelle (préférences sexuelles déviantes, histoire des agressions) dans le VRAG.

Items	Cotation	Score
1. A vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 16 ans	Oui : -2 Non : + 3	
2. Difficultés durant la scolarité primaire	Aucun problème -1 Problèmes légers ou modérés + 2 Problèmes sévères + 5	
3. Anamnèse de problèmes de consommation d'alcool	0 point : - 1 1 ou 2 points : 0 3 points : 1 4 ou 5 points : + 2	
4. Statut marital (au moment de l'agression actuelle)	Marié ou équivalent : - 2 Pas marié : + 1	
5. Anamnèse criminelle non violente	Score de 0 : - 2 Score de 1 ou 2 : 0 Score de 3 ou plus : + 3	
6. Anamnèse criminelle violente	Score de 0 : - 1 Score de 1 ou 2 : 0 Score de 3 ou plus : + 6	
7. Nombre d'inculpations pour des agressions sexuelles antérieures	° : -1 1 ou 2 : + 1 3 ou plus : + 5	
8. Anamnèse d'agressions sexuelles sur des filles de moins de 14 ans uniquement	Oui : 0 Non : + 4	
9. Echec d'une libération conditionnelle antérieure	Non : 0 Oui : + 3	

7. Age lors de l'agression actuelle	≥ 39 : - 5 34-38 : - 2 28-33 : - 1 27 : 0 ≤ 26 / + 2	
10. Correspond au critère DSM d'un trouble de personnalité	Non : - 2 Oui : + 3	
11. Correspond au critère DSM-III du diagnostic de schizophrénie	Non : - 3 Oui : + 1	
13. Score à la Hare Psychopathy Check list- Revised	≤ 4 : - 5 5-9 : - 3 10-14 : - 1 15-24 : 0 25-34 : + 4 ≥ 35 : + 12	
Score total :		

La SORAG comprend 14 items, dont 10 du VRAG. Le score total, obtenu en additionnant les scores aux 14 items, doit permettre de classer les sujets à évaluer dans l'un des 9 groupes de risque définis par Quinsey *et al.*

Catégories SORAG	A 7 ans		A 10 ans	
	Score SORAG	Probabilité de récurrence	Score SORAG	Probabilité de récurrence
1	≤ -10	7 %	≤ -11	9 %
2	-9 à -4	15 %	-10 à -5	12 %
3	-3 à +2	23 %	-4 à +1	39 %
4	+3 à +8	39 %	+2 à +7	59 %
5	+9 à +14	45 %	+8 à +13	59 %
6	+15 à +19	58 %	+14 à +19	76 %
7	+20 à +24	58 %	+20 à +25	80 %
8	+25 à +30	70 %	+26 à +31	89 %
9	$\geq +31$	100 %	$\geq +31$	100 %

La SORAG a été traduite en français par Ducro et Pham, qui l'ont également validée sur un échantillon de 147 délinquants sexuels libérés de l'hôpital de haute sécurité des Marronniers, en Belgique, et suivis en moyenne 3,4 ans après leur libération. Ils ont obtenu un bon score de validité pour la prédiction de la récurrence générale avec une ASC entre 0,68 et 0,72 mais une validité prédictive plutôt médiocre pour la récurrence sexuelle, avec une ASC de 0,64. On trouve également une étude de ces auteurs portant sur 133 délinquants sexuels irresponsables et suivis après leur libération pendant une durée non précisée. Les résultats montrent une ASC

de 0,69 pour la prédiction de la récidive générale, 0,741 pour la prédiction de la récidive violente et 0,62 pour la récidive sexuelle.

RRASSOR Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism

Ce test est issu de l'agrégation des facteurs de risque prédicteurs de la récidive qui ont été identifiés dans une méta-analyse.

STATIQUE - 99

C'est un instrument d'évaluation du risque de récidive à long terme. Il évalue le risque de récidive sexuelle avec violence auprès des sujets masculins qui sont ou qui ont été condamnés pour une ou plusieurs agressions sexuelles à l'encontre des enfants ou des adultes. Il contient 10 items issus de la combinaison de l'ERRRS (Evaluation Rapide du Risque de Récidive Sexuelle) et d'un instrument issu des données non statistiques (le *Structured Anchored Clinical Judgement* SACJ) avec 9 variables. Le SCAJ est un instrument qui a été développé sur un échantillon au Royaume-Uni.

L'intérêt principal de la Statique 99 est qu'elle se base sur des facteurs de risque dont il a été démontré de façon empirique qu'ils étaient liés à la récidive sexuelle. Elle permet d'exprimer de façon objective et claire une probabilité de nouveau passage à l'acte dans le domaine sexuel. De plus, la Statique 99 est de cotation aisée et s'est révélée robuste comme méthode de prévision après avoir été utilisée dans plusieurs milieux et appliquée à différents échantillons.

Les règles de codages de l'échelle ont été revues par les auteurs en 2003 de façon à améliorer la précision. La Statique 99 comprend 10 items, qui correspondent chacun à un facteur de risque de récidive. La cotation de cet outil repose sur des informations relatives au casier judiciaire, au sexe de la victime, au type de relation victime-délinquant ainsi qu'à l'état matrimonial de l'auteur d'agression sexuelle.

	Facteur de risque	Codes	Score
1	Age	25 ans ou plus Moins de 25 ans	0 1
2	Cohabitation	Cohabitation avec partenaire depuis au moins 2 ans ? Oui Non	0 1
3	Condammations pour violences non sexuelles dans l'affaire de référence	Non Oui	0 1
4	Condammations antérieures pour violences non sexuelles	Non Oui	0 1
5	Crimes ou délits sexuels antérieurs	Aucun 1 ou 2 3 à 5 6 et plus	0 1 2 3
6	Prononcés de peines antérieures	0 à 3 4 et plus	0 1
7	Condammations pour actes sexuels sans contact	Non Oui	0 1
8	Au moins une victime sans lien de parenté avec le sujet évalué	Non Oui	0 1
9	Au moins une victime qui était inconnue du sujet évalué	Non Oui	0 1
10	Au moins une victime de sexe masculin	Non Oui	0 1
		Score total	

Le score total varie de 0 à 12. Les résultats de la Statique 99 peuvent être interprétés selon 2 méthodes différentes. Une première méthode consiste à classer les délinquants de la façon suivante. L'évaluation finale est regroupée en 4 catégories : faible (score entre 0 – 1), modéré faible (score entre 2 – 3), modéré élevé (score entre 4 – 5) et élevé (score \geq 6). Cette méthode est peu précise mais elle a le mérite de la simplicité et peut servir de base à une discussion plus approfondie sur les facteurs en jeu et l'influence éventuelle d'autres facteurs.

Une autre méthode est d'utiliser les résultats statistiques du groupe de référence ayant servi à la mise au point de l'outil. Ces résultats sont résumés dans ce tableau :

Score total	Récidive sexuelle			Récidive violente et/ou sexuelle		
	5 ans	10 ans	15 ans	5 ans	10 ans	15 ans
0	5 %	11 %	13 %	6 %	12 %	15 %
1	6 %	7 %	7 %	11 %	17 %	18 %
2	9 %	13 %	16 %	17 %	25 %	30 %
3	12 %	14 %	19 %	22 %	27 %	34 %
4	26 %	31 %	36 %	36 %	44 %	52 %
5	33 %	38 %	40 %	42 %	48 %	52 %
6 et plus	39 %	45 %	52 %	44 %	51 %	59 %

Ces résultats fournissent un taux de risque de récidive pour des périodes pendant lesquelles le sujet est dans une situation où il est réellement soumis au risque de récidive, c'est-à-dire habituellement en liberté dans la collectivité. Les taux de risque représentent la valeur indiquée dans le tableau au moment de la libération potentielle du délinquant. Si celui-ci ne récidive pas durant plusieurs années, alors même qu'il est en liberté dans la collectivité, son taux de risque de récidive diminue. Les auteurs de l'échelle considèrent qu'il faut diviser par deux le taux de risque de récidive si un délinquant a passé de cinq à dix ans dans la collectivité sans commettre une nouvelle infraction. La Statique 99 évalue le risque de récidive à long terme. Puisqu'il n'a pas de variable dynamique, il ne peut prendre en compte les cibles du traitement, évaluer le changement, évaluer si un auteur d'agression sexuelle a bénéficié du traitement ou prédire quand (ou dans quelles circonstances) un auteur d'agression sexuelle va récidiver.

Ducro et Pham ont traduit en 2006 cette échelle en français et l'ont validée sur un échantillon de 147 délinquants sexuels libérés de l'hôpital de haute sécurité des Marronniers, en Belgique, et suivis en moyenne 3,4 ans après leur libération. Ils ont obtenu un score de validité assez élevé pour la prédiction de la récidive générale avec une ASC entre 0,68 et 0,72, mais une validité prédictive moyenne pour la récidive sexuelle, avec une ASC de 0,66.

MnSOST-R Minnesota Sex Offender Screening Tool – revised

C'est un outil développé par Epperson, Kaul et Hesselton en 1998, prenant en considération des variables statiques et des variables dynamiques. Après la création d'une première échelle de 14 items appelés MnSOST, dont les capacités prédictives étaient peu concluantes, ils ont mis au point une seconde version de 21 items, qui, une fois testée sur un échantillon de 256 agresseurs sexuels s'est avérée plus performante.

Elle est constituée de 16 items, dont 12 relèvent de variables statiques et 4 de variables dynamiques. Les items sont cotés de façon variable, selon les directives fournies par les auteurs.

Les items statiques sont: « nombre de condamnations des délits sexuels y compris la condamnation actuelle », « durée des antécédents d'agression sexuelle », « le sujet était-il sous une quelconque forme de surveillance lorsqu'il a commis une agression sexuelle pour laquelle il a été inculpé ou condamné ? », « Est-ce qu'une agression sexuelle a été commise dans un lieu public », « Est-ce que la violence ou la menace de violence a au moins une fois

été utilisée pour obtenir la soumission de la victime dans une agression sexuelle ? », « Est-ce qu'une agression sexuelle a compris plusieurs actes sur une victime unique lors d'un délit isolément ? », « nombre de groupe d'âge des victimes, toutes agressions sexuelles comprises », « une victime avait-elle entre 13 et 15 ans et l'agresseur avait-il plus de cinq ans de plus que la victime ? », « Lors d'une agression sexuelle la victime était-elle un ou une inconnu(e) ? », « Y a-t-il des preuves de comportement antisocial durant l'adolescence dans le dossier ? », « Abus notoire d'alcool ou de drogue ? », « Antécédents professionnels ».

Les variables dynamiques sont : « antécédents disciplinaires durant l'incarcération », « Traitement médicamenteux de la dépendance durant l'incarcération », « traitement du comportement sexuel durant l'incarcération », « âge du sujet à la libération ».

Le score total est obtenu par l'addition des scores aux différents items. L'interprétation du résultat se fait selon le schéma suivant :

Score de 3 ou moins : risque de récidive faible

Score de 4 à 7 : risque de récidive moyen

Score de 8 et plus : risque de récidive élevé

Le MnSOST-R n'a donné lieu à aucune validation dans une version française.

Annexe E

Echelles adaptées pour les enfants/ adolescents

PCL-R YV Psychopathy CheckList – Revised Youth Version

En 2003, l'équipe de Hare a publié une version de l'échelle de psychopathie adaptée aux délinquants mineurs entre 12 et 18 ans, la « Psychopathy Checklist Youth Version ». Comme l'échelle pour adultes, cet instrument a pour fonction première de permettre d'évaluer l'intensité des traits psychopathiques chez les sujets évalués. Cependant il a été très rapidement utilisé comme outil d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive.

Il faut noter que la notion de psychopathie peut être sujette à discussion, lorsqu'elle est appliquée à des mineurs, sous deux aspects : d'une part, le concept même de trouble de la personnalité peut être discutable au regard de l'instabilité du fonctionnement au moment de l'adolescence ; d'autre part, le diagnostic de psychopathie, surtout conforté par un outil d'évaluation, véhicule une stigmatisation pouvant porter préjudice à l'adolescent.

La PCL-YV est structurée de manière à prendre en considération la situation particulière de l'adolescent, notamment par rapport à sa famille, ses pairs, ainsi qu'à l'école.

Elle est constituée à l'origine des mêmes 20 items que la PCL-R, mais certains d'entre eux ont été modifiés et adaptés à la population des mineurs.

- Item 1 : Séducteur et superficiel
- Item 2 : Surestimation de soi
- Item 3 : Recherche de sensation
- Item 4 : Mensonge pathologique
- Item 5 : Manipulation
- Item 6 : Défaut de remords
- Item 7 : Affectivité superficielle
- Item 8 : Insensibilité et manque d'empathie
- Item 9 : Tendance au parasitisme
- Item 10 : Faible maîtrise de soi
- Item 11 : Promiscuité sexuelle
- Item 12 : Précocité des problèmes de comportement
- Item 13 : Absence de but
- Item 14 : Impulsivité
- Item 15 : Irresponsabilité
- Item 16 : Incapacité à assumer les responsabilités de ses actes
- Item 17 : Instabilité relationnelle
- Item 18 : Comportement criminel grave
- Item 19 : Violation grave des conditions de mise en liberté
- Item 20 : Diversité des types de délits

Le rapport entre le score à la PCL-YV et le risque de récidive n'est pas fixé par les auteurs de l'instrument. Un taux élevé est évidemment considéré comme un indicateur de risque élevé de récidive. Le seuil à partir duquel le score est considéré comme élevé est situé entre 25 et 29 selon les études.

Aucune validation en français n'a été réalisée par d'autres auteurs que ceux de l'échelle.

SAVRY Structured Assessment of violent Risk in Youth

Il s'agit d'une échelle de jugement clinique structurée, créée par Borum *et al*, au début des années 2000. La SAVRY est proche des échelles de jugement clinique structurées pour les adultes telles la HCR-20, mais certains items sont centrés sur de facteurs de risque spécifiques aux adolescents. Elle a été conçue comme un outil généraliste pour les délinquants mineurs, c'est-à-dire à même d'être utilisée aussi bien pour l'évaluation du risque de récidive d'actes violents que d'actes sexuels ou encore pour la récidive générale.

La SAVRY comprend 24 items regroupés en 3 domaines : historique, contextuelle et individuel, auquel s'ajoute un domaine de facteurs protecteurs. Chaque item des 3 premiers groupes est coté selon trois degrés : bas (0), moyen (1) et haut (2). Les items du groupe relatif aux facteurs de protection sont cotés absent ou présent.

Les items sont :

Items historiques :

- Item 1. Antécédents de violence
- Item 2. Antécédents d'actes illégaux non violents
- Item 3 .Début précoce de comportements violents
- Item 4. Echecs antérieurs des mesures de supervision ou de contrôle
- Item 5 Antécédents d'actes auto-dommageables ou de tentatives de suicide
- Item 6. Exposition à la violence domestique
- Item 7. Antécédents de maltraitance infantile
- Item 8. Criminalité chez les parents ou leurs substituts
- Item 9. Disparition précoce des parents ou de leurs substituts
- Item 10: Faibles résultats scolaires

Items contextuels et sociaux :

- Item 11. Délinquance des pairs
- Item 12. Rejet de la part de pairs
- Item 13. Stress et défaillance du soutien
- Item 14. Défaillance du soutien parental
- Item 15. Défaut de soutien social ou individuel
- Item 16. Désorganisation du milieu social

Items individuels :

- Item 17. Attitudes négatives

- Item 18. Prise de risque, impulsivité
- Item 19. Problèmes de consommation de substance
- Item 20. Problèmes de gestion de la colère
- Item 21. Défaut d'empathie ou de remords
- Item 22. Déficit de l'attention, hyperactivité
- Item 23. Faiblesse de la compliance
- Item 24. Faibles intérêts ou engagements à l'égard de l'école ou du travail

Items protecteurs :

- P1. Implication sociale
- P2. Support social solide
- P3. Liens affectifs solides
- P4. Attitude positive à l'égard des interventions et de l'autorité
- P5. Fort engagement vis-à-vis de l'école
- P6. Personnalité résiliente

L'évaluation finale se fait, d'une part en additionnant les scores obtenus aux 24 premiers items ainsi qu'à la présence ou l'absence d'items protecteurs mais également, d'autre part, en fonction de l'avis personnel de l'évaluateur, ce qui relève effectivement du processus d'utilisation d'une échelle clinique structurée et non actuarielle.

Annexe F

Les outils de « Quatrième génération »

VRS-2 Violence Risk scale

Il s'agit d'un outil canadien, développé par Wong et Gordon en 2006, sur la base des observations qu'ils ont réalisées sur la population des détenus des différentes prisons et établissements de l'Alberta au Canada. Son but est de proposer une évaluation intégrée, dans un même outil, du risque de récidive, des possibilités de traitement, des capacités de changement et des résultats obtenus.

Elle est composée de 26 items explorant 6 facteurs de risque statiques et 20 facteurs dynamiques, de nature évolutive. Le score à chaque item est coté de 0 à 3, sur la base de l'étude des dossiers du sujet et d'un entretien semi-structuré.

Facteurs de risques statiques	Facteurs de risques dynamiques
<ul style="list-style-type: none"> • âge • âge au moment de la première condamnation • nombre de condamnations en tant que mineur • antécédents de violences • antécédents d'évasion • stabilité de l'éducation familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • style de vie violent • personnalité criminelle • attitudes criminelles • éthique vis à vis du travail • faire partie d'un groupe de pairs criminels • agressions interpersonnelles • contrôle émotionnel • violence durant l'incarcération • utilisation d'une arme • insight concernant les causes de la violence • maladie mentale • abus de substances • stabilité des relations • soutien dans la communauté • capacité à sortir de situations à haut risque • cycles de violence • impulsivité • distorsions cognitives • compliance à la supervision • niveau de sécurité de la sortie de l'institution

Le score total s'obtient en additionnant les scores de tous les items. Il est donc compris entre 0 et 78. Le degré de risque est directement proportionnel au score total. Il est conseillé de le comparer avec le score moyen d'une population semblable. L'instrument est conçu de façon à permettre une évaluation avant traitement qui comprend une cotation des facteurs statiques et

des facteurs dynamiques, et une évaluation après traitement qui ne comprend que la mesure des changements sur les facteurs dynamiques.

Cette échelle n'est ni traduite, ni validée en français.

VRS-SO Violence Risk Scale – Sexual Offender

L'outil a été développé pour intégrer une évaluation du risque, des besoins, de la réponse et du changement au cours du traitement. Il évalue le niveau de violence sexuelle, identifie les cibles du traitement associées à la violence sexuelle, l'évaluation des dispositions de l'AAS à changer et les changements par rapport à l'objectif du traitement après la prise en charge.

L'outil est constitué de 7 variables statiques et de 17 variables dynamiques issues des études d'évaluation du risque de récidive des délinquants sexuels et de la littérature sur la réponse au traitement. Les variables sont cotées sur une échelle de 4 points (0, 1, 2, 3) et évaluées lors d'une revue du dossier et d'une interview semi-structurée.

L'analyse factorielle des variables dynamiques réalisée par Olver *et al.* a produit les dimensions suivantes : déviance sexuelle (style sexuel déviant, préférences sexuelles déviantes), criminalité (abus de substance illicite, agression interpersonnelle) et réponse au traitement (ex. mauvaise adhésion au traitement, distorsion cognitive).

Le score final est donné sous forme de 4 groupes de risque : faible (0 – 20), médium-faible (21 – 30), médium-élevé (31 – 40) et élevé (41 – 72).

Les variables statiques sont :

- âge à la libération,
- âge de la première agression,
- type d'agression sexuelle,
- agression sexuelle antérieure,
- relation avec la victime,
- sexe de la victime,
- dates des condamnations précédentes.

Les variables dynamiques sont :

- comportement sexuel déviant,
- impulsivité sexuelle,
- planification d'agression,
- personnalité criminelle,
- distorsion cognitive,
- agression interpersonnelle,
- contrôle émotionnel,
- capacité « insight »,
- abus de substances psychoactives,
- aide de la communauté,

- capacité à éviter des situations à haut risque,
- cycle d'agression sexuelle,
- impulsivité en général,
- compliance à une supervision en communauté,
- compliance au traitement,
- préférence sexuelle déviante,
- déficit d'intimité.

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

PUPH 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMEILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

CESERON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

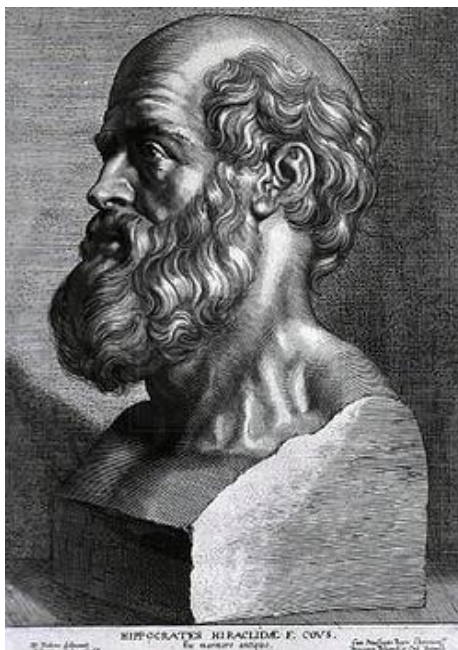
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérard	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Faculté de Médecine
Postes MCU-PH 2012-2013
MCU-PH 2012/2013

Nom - Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTTONAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

Faculté de Médecine**Postes MCU-PH 2012-2013**

PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.